

**AKUUTISTI SAIRASTUNEEN IKÄÄNTYNEEN HOIDON TARPEEN
ARVIOINTI KOTIHOIDOSSA**



Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Visamäen kampus, hoitotyön koulutus

syksy, 2017

Kirsi Ylä-Jussila

Hoitotyön koulutus
Visamäki

Tekijä	Kirsi Ylä-Jussila	Vuosi 2017
Työn nimi	Akuutisti sairastuneen ikääntyneen hoidon tarpeen arviointi kotihoidossa	
Työn ohjaaja	Merja Vanhanen	

TIIVISTELMÄ

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää äkillisesti sairastuneen ikääntyneen hoidon tarpeen arviointia kotihoidossa. Tavoitteena oli aikaisempien tutkimustulosten, alan kirjallisuuden ja Nurmijärven kotihoidon työntekijöiden kokemusten perusteella löytää kehittämis ehdotuksia hoidon tarpeen arviointiin sekä helpottamaan päätöksentekoa oikean hoitopaikan valintaan. Ajatuksena oli selvittää, missä tilanteissa asiakas tarvitsee kiireellistä hoitoa päivystyksessä ja milloin tehokkaampi hoito kotona on riittävää. Hoidon tarpeen arvioinnista tehtiin jokaiselle kotihoidon alueelle tiivistetty ohjeistus, jota voidaan käyttää esimerkiksi uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdytyksessä.

Työ oli tutkimuksellinen ja toteutettiin yhteistyössä Nurmijärven kotihoidon kanssa. Aineistonkeruumenetelmänä oli kyselylomake kotihoidon sairaanhoitajille ja lähihoitajille. Tuloksien analysoinnissa käytettiin sekä kvantitatiivista että kvalitatiivista menetelmää. Teoriaosuus pohjautui alan tutkimuksiin, artikkeleihin sekä kirjallisuuteen ja käsitteli äkillisen sairastumisen ennaltaehkäisyä, hoidon tarpeen arviointia ja päätöksentekoa.

Kyselyn tulosten mukaan akuutisti sairastuneen hoidon kehittämiseksi ja yhtenäisten käytäntöjen laatimiselle olisi tarvetta. Tutkimusten ja tämän työn kyselyn vastauksista käy ilmi, että koulutus, toimiva omahoitajuus sekä yhteistyö kaikkien hoitoon osallistuvien kesken auttavat hoitamaan akuutisti sairastuneita kotihoidossa. Niiden lisäksi hyvä perussairauksien hoito ja seuranta ennaltaehkäisevät akuutteja sairastumisia. Ennen kaikkea huomio kannattaa kiinnittää niihin sairauksiin ja tilanteisiin, joiden vuoksi ikääntyneet joutuvat päivystykseen.

Avainsanat Kotihoito, Hoidon tarve, Akuutti hoito, Päätöksenteko

Sivut 59 sivua, joista liitteitä 9 sivua

Degree Programme in Nursing
Visamäki

Author	Kirsi Ylä-Jussila	Year 2017
Subject	Need of Care Evaluation Among Elderly Home Care Patients who has taken ill	
Supervisor	Merja Vanhanen	

ABSTRACT

The purpose of this study was to explore how to evaluate a need of care among elderly patients who take ill in home care. The aim was to find ways how to improve acute care evaluation and decision making on when to send the patient to an emergency room and when he can be treated at home. These improvement proposals came from previous studies, literature and survey for nurses who work at the home care in Nurmijärvi. An output was a summary about need of care evaluation for all three homecare areas and it can be used to new employees or student's orientation.

This thesis was quantitative and qualitative and was executed in cooperation with the local home care in Nurmijärvi. The source material was gathered in a form of survey that involved 25 questions. The survey was sent to 65 nurses and practical nurses. The theory was found in recent studies, literature and articles about how to prevent sudden decrease in health, need of care evaluation and decision making.

According to the results there is a need to improve evaluation and common practices. The studies and nurse replies advices that training and named nurse system helps to take care of an elderly patient who has taken ill. Cooperation with all who participants to the treatment process and doctors reachability helps to start the treatment as soon as possible. Good care and follow-up of illnesses prevents serious conditions. Before anything the attention should be paid to those illnesses that result in elderly home care patient in hospitalization.

Keywords Home care, Need of care, Acute care, Decision making

Pages 59 pages including appendices 9 pages

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	SAIRAUKSIEN EHKÄISY JA TERVEYDEN EDISTÄMINEN	2
2.1	Sairauksien ennaltaehkäisy	2
2.2	Terveyden edistäminen.....	3
3	AKUUTISTI SAIRASTUNUT KOTIHOIDOSSA	5
3.1	Kotihoito toimintaympäristönä.....	5
3.2	Akuutisti sairastuneen hoidon erityispiirteitä.....	7
3.4	Kotoa päivystykseen- yleisimmät syyt	8
4	HOIDON TARPEEN ARVIOINTI.....	10
4.1	Miksi hoidon tarpeen arviointi on tärkeää?.....	10
4.2	Akuutisti sairastuneen hoidon tarpeen arviointi	11
4.2.1	Oirekuvan selvitys.....	11
4.2.2	Tutkimukset	12
4.2.3	Seuranta.....	13
4.3	Päivystyshoitoa vaativat oireet	14
4.4	Kotihoidossa hoidettavia tilanteita	15
4.5	Päätöksentekoon vaikuttavia tekijöitä.....	17
4.6	Jatkohoidon suunnittelu ja järjestäminen	18
5	HOIDON TARPEEN ARVIOINNIN KEHITTÄMINEN	19
6	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	21
7	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	21
7.1	Aineistonkeruu	21
7.2	Teoreettisen viitekehyksen rakentuminen	22
7.3	Kyselylomakkeen suunnittelu ja toteutus.....	22
7.4	Aineiston analysointi.....	24
8	TULOKSET	26
8.1	Vastaajien taustatiedot	26
8.2	Asiakkaan kohtaaminen ja hoidon tarpeen arviointi	27
8.3	Päätöksenteko ja jatkohoidon suunnittelu	30
8.4	Kotihoidon mahdollisuudet hoitaa akuutisti sairastuneita.....	32
8.5	Akuuttien tilanteiden ennakointi ja työn kehittäminen	37
9	POHDINTA.....	39
9.1	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	43
9.2	Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet	44
	LÄHTEET	46

Liitteet

Liite 1 Kutsukirje

Liite 2 Kyselylomake

Liite 3 Tiivistelmä hoidon tarpeen arviosta kotihoidon työntekijöille

1 JOHDANTO

Useimmilla vanhuksilla iso ongelma on yksinäisyys. Isolla osalla ei ole omaisia. Huonokuntoinen kävelykyvytön sängyssä makaava vanhus voi muuttua päivystyksessä joka paikkaan käveleväksi ja iloisesti juttelevaksi. Muutos on hurja. Kotiin palatessaan vanhus jää taas hiljaa sänkyyn makaamaan eikä suostu sieltä nousemaan.

Laura Pikkarainen

Näin toteaa Helsingin kaupungin Haartmanin päivystyksen ylilääkäri Laura Pikkarainen MTV:n haastattelussa vuonna 2015. Tämä esimerkki nostaa esille ikääntyneiden yksinäisyyden lisäksi sen, kuinka vaikeaa hoidon tarpeen arviointi voi olla. Kotihoidon asiakasmäärät ovat kasvussa ja näkyvät myös lisääntyvänä ensihoidon ja päivystyksen käyttönä. Kotona vanhuksen tilanne voi näyttäytyä hyvinkin erilaisena kuin päivystyksessä ja kotihoidon kiireisessä arjessa asiakkaan tilanteen kokonaisvaltainen arviointi on haastavaa. Päivystyksessä taas katsotaan tilannetta lääketieteelliseltä kannalta, eikä aina ymmärretä miksi asiakas on sinne lähetetty.

Hoitoon osallistuvien organisaatioiden kehittäminen ja yhteistyö ovat tulevaisuudessa ensiarvoisen tärkeässä asemassa hoidon laadun ja jatkuvuuden kannalta. Tutkimusten mukaan suurin osa päivystyskäynneistä on perusteltuja, mutta osa olisi hoidettavissa perusterveydenhuollossa. (Malmström, Hörnhammer, Peltokorpi, Linna, Koivuranta-Vaara & Mikkola 2017, 13-27.) Turhia päivystyskäyntejä on pyrittävä välttämään, sillä ne ovat ikääntyneille usein raskaita, altistavat infektioille ja katkaisevat suunnitellun hoidon. Terveiden edistäminen, sairauksien ennaltaehkäisy ja toimintakyvyn ylläpitäminen ovat nousseet keskeisiksi hoitotyön tavoitteiksi ja ennaltaehkäisevät myös äkillistä sairastumista.

Päivystysten ruuhkautuessa kunnat ja kaupungit ovat kehittäneet uusia tapoja hoitaa äkillisesti sairastuneita. Esimerkkinä ovat kotisairaaloiminta ja yhden henkilön ensihoitoyksikkö, joka tuo hoidon asiakkaan luokse sen sijaan, että asiakas lähetetään päivystykseen. Tämä on mielenkiintoinen suuntaus ja on varmasti ikääntyneelle mukavampi vaihtoehto kuin ruuhkautunut päivystys. Esimerkiksi Porvoon kotihoidossa geriatrisen osaamisen lisäämisellä ja lääkärin tavoitettavuuden parantamisella on pystytty vähentämään merkittävästi kustannuksia ja parantamaan hoidon laatua. (Finne-Sover, Mäkelä, Noro, Nurme & Partanen 2014.)

Mielenkiintoni aiheeseen on alkanut työskennellessäni usean vuoden ajan kotihoidossa. Hoidon tarpeen arviointi ei ole muuttuvissa tilanteissa aina helppoa ja käytännöt vaihtelevat. Sen lisäksi kotihoidon resurssit ovat usein melko rajalliset. On kuitenkin mielenkiintoista pohtia ja tutkia kuinka paljon kotona voidaan hoitaa akuutisti sairastuneita.

Tämä opinnäytetyö on tehty yhteistyössä Nurmijärven kunnan kotihoidon kanssa. Työn tarkoituksena on selvittää kotona äkillisesti sairastuneen ikääntyneen hoidon tarpeen arviointia ja kiireellisyyttä. Ikääntyneellä tarkoitetaan tässä työssä yli 70-vuotiaasta asiakasta ja akuutilla tilanteella esimerkiksi äkillistä sairastumista tai perussairauden pahenemista. Työ ei käsittele kriittisiä tilanteita, kuten elottomuutta.

Tavoitteena on löytää kehittämis ehdotuksia ja yhtenäistää hoidon tarpeen arviointia kotihoidossa. Teoriaa on koottu alan kirjallisuudesta, tutkimuksista sekä artikkeleista ja aineistonkeruumenetelmänä on käytetty kyselylomaketta kotihoidon työntekijöille. Teoriaosuus käsittelee sairauksien ennaltaehkäisyä, kotihoidon toimintaympäristöä sekä akuutisti sairastuneen käytännön hoidon tarpeen arviointia. Kyselyn tulokset käydään läpi omassa kappaleessaan.

2 SAIRAUKSIEN EHKÄISY JA TERVEYDEN EDISTÄMINEN

Sairauksien ennaltaehkäisy ja terveyden edistäminen kuuluvat kotihoidon päivittäiseen työhön. Ne ovat merkittävä osa kokonaisvaltaista ja laadukasta hoitoa ja ehkäisevät akuutteja sairastumisia, voinnin romahtamista ja sairaalahoitoa. Toimintakykyyn ja omatoimisuuteen panostaminen on tärkeää ikääntyneen oman elämänlaadun lisäksi myös yhteiskunnan kannalta, sillä tulevaisuudessa ikääntyneiden määrä tulee lisääntymään ja samalla myös kotihoidon tarve kasvaa. Käytössä olevien resurssien riittämiseksi tärkeää on hoidon oikea-aikaisuus ja kohdentaminen erityisesti kaikkein eniten apua tarvitseviin.

2.1 Sairauksien ennaltaehkäisy

Sairauksien ennaltaehkäisyllä tavoitellaan toimintakykyisten elinvuosien lisäämistä ja ennenaikaisen kuoleman siirtämistä. Sen lisäksi sillä pyritään tukemaan ikääntyneen itsenäisyyttä ja elämänhallintaa sekä parantamaan elämänlaatua. Hyvä toimintakyky vähentää hoidon tarvetta, sairaalajaksoja ja hoidon kustannuksia. (Tilvis, Pitkälä, Strandberg, Sulkava & Viitanen 2016, 436.)

Lievä toimintakyvyn lasku kuuluu jossain määrin ikääntymiseen. Sen sijaan erilaisten sairauksien aiheuttamat toimintakyvyn muutokset pahenevat usein nopeasti. Sen vuoksi riskitekijöiden tunnistaminen ja sairauksien diagnosointi ja hoito on tärkeää. Sairauksien perusseurannan tulee olla säännöllistä, jotta voidaan havaita hitaasti terveydentilassa tapahtuvat muutokset. (Uurto & Mustajoki 2016; Tilvis 2009.) Suomessa tehdyn tutkimuksen mukaan juuri puutteellinen hoito ja seuranta johtavat pitkäaikaissairauksien pahenemiseen ja lisäävät näin päivystyksen käyttöä. (Mylläri, Tapio & Valvanne, 2014, 9)

Primaaripreventiosta puhutaan, kun sairauden riskitekijöitä, kuten tupakointia tai kohonnuttua verenpainetta, vähennetään jo ennen kuin varsinaisia sairauden oireita esiintyy. Edellä mainittujen lisäksi ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä ovat ruokavalio ja liikuntaohjeet, turvallisuusneuvonta ja rokotukset. Sekundaaripreventiosta taas puhutaan, kun pyritään ehkäisemään jo puhjenneen sairauden pahenemista. Esimerkiksi sydän- ja verisuonisairauksien pahenemista voidaan ehkäistä hoitamalla kohonnuttua verenpainetta, laskemalla kolesterolitasoa ja vähentämällä alkoholin käyttöä. (Tilvis ym. 2016, 436.)

Erään monisairastavuutta selvittävän tutkimuksen mukaan yli 50-vuotiaista suomalaisista jopa 68 % on monisairaita (Garin, Koyanagi, Chatterji, Tyrovolas, Olaya, Leonardi, Lara, Koskinen, Tobiasz-Adamczyk, Ayuso-Mateos & Haro 2015, 205-214.) Monisairaudella tarkoitetaan tilannetta, jossa henkilöllä on vähintään kaksi kroonista pitkäaikaissairautta tai muuta merkittävää toiminnanvajautta (Strandberg & Antikainen 2016.) WHO:n vuonna 2015 julkaistun raportin mukaan monisairastavuuden ensimmäinen huippu on 50-60-vuotiaana ja toinen yli 75-vuotiaana. Koska kotihoitoon asiakkaista suurimmalla osalla on jo monia pitkäaikaissairauksia, korostuu heidän hoidossaan yleensä sairauksien pahenemisen ehkäisy. (Tilvis ym. 2016, 436.)

Yksittäisistä sairauksista voisi esiin nostaa vanhusten raihnaus-haurausoireyhtymän. Kyseessä on merkittävä sairaus, sillä esimerkiksi Kulmalan, Nykäsen & Hartikaisen (2014) tekemän suomalaisen tutkimuksen mukaan 76-100-vuotiaista sitä sairastaa 14 %. Sen taustalla on lihaskatoa, luuston heikkenemistä, verenkierron sekä hormoni- ja immuunijärjestelmien muutoksia. Sen tiedetään lisäävän infektioriskiä, kaatuilua ja altistavan tyyppin II-diabetekselle. Lisäksi se lisää sairaala- ja laitoshoidon sekä kuolleisuutta. Sairauden varhaiseen tunnistamiseen tulisi kiinnittää entistä enemmän huomiota, sillä se olisi hoidettavissa. (Rysti 2016.)

2.2 Terveyden edistäminen

Terveyttä edistetään yleisesti terveellisillä elämäntavoilla. Se tarkoittaa yleensä ravitsemukseen, liikuntaan ja päihteettömyyteen tähtääviä toimia. Usein ihmisten omat tavat ja tottumukset ovat syvään juurtuneita, eikä niiden muuttaminen ole aina yksinkertaista. Asiakas on itse loppujen lopuksi vastuussa itsensä hoitamisesta ja hoitoon sitoutumisesta. (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2013, 63.)

Ikääntyneiden liikkumiseen on kiinnitetty yhä enemmän huomiota viime vuosina. Helposti saatavilla olevat liikuntamahdollisuudet, ryhmäliikunnat ja kotona tehtävät ammattilaisen laatimat kunto-ohjelmat ovat merkittävässä asemassa liikunnan edistämässä. Myös tieto liikunnan merkityksestä terveyteen ja sairauksien ehkäisyyn ja hoitoon motivoi liikunnan harrastamiseen. (Tilvis 2009.)

Tutkimusten mukaan vielä ikääntyneenäkin aloitettu liikunta auttaa parantamaan terveyttä ja hidastamaan ikääntymiseen liittyviä muutoksia kehossa. Se ehkäisee myös kaatumistapaturmia, parantaa mielialaa, vireyttä ja unen laatua sekä helpottaa päivittäisistä toiminnoista selviämistä. Hyvien terveysvaikutusten myötä siitä on tullut yhä enenevässä määrin osa sairauksien hoitoa ja kuntoutusta. (Savela, Komulainen, Sipilä & Strandberg 2015, 1719; UKK-Instituutti, 2014.)

Liikunnan lisäksi terveyden edistämiseen kuuluu olennaisesti myös hyvä ravitsemus, jolla voidaan edistää toimintakykyä, ehkäistä monia sairauksia, nopeuttaa toipumista sekä parantaa vireyttä ja tukea hyvää elämänlaatua. (Hakala 2015.) Erityisen tärkeää on kiinnittää huomiota aliravitsemuksen hoitoon, sillä sen tiedetään heikentävän elämänlaatua, altistavan kaatumisille ja lisäävän hoidon tarvetta sekä kuolleisuutta. (Soini 2014.)

Päihteet vaikuttavat tutkitusti terveyteen ja hyvinvointiin. Päihteiksi lasetaan alkoholi, tupakka, huumausaineet sekä väärin käytetyt lääkkeet (Rautava-Nurmi ym. 2013, 59). Koivula, Vilkkio, Tigerstedt, Kuussaari & Pajala (2015) ovat tutkineet miten iäkkäiden henkilöiden alkoholiongelmien näkyvät kotihoidon työntekijöiden työssä. Sen mukaan ikääntyneiden alkoholin käyttö on lisääntymään päin. Vuonna 2013 65-84-vuotiaista naisista 60 % ja miehistä 77 % ilmoitti käyttäneensä alkoholia kuluneen vuoden aikana. Tämän on arvioitu vaikeuttavan selvästi heidän arjessa selviytymistään ja lisäävän terveydenhuollon kustannuksia. Usein asiakkaan elämänhallinnan tukemiseen kuluu paljon aikaa ja työ heidän kotonaan on vaikeasti ennakoitavaa. Lisäksi se vaikuttaa työssä jaksamiseen ja turvallisuuden tunteeseen. Kotihoidossa tulisikin yhä enemmän kiinnittää huomiota henkilökunnan osaamiseen ja päihdeasiakkaiden kanssa tehtävän työn sisältöön. (Koivula ym. 2015.)

Psyykkinen ja sosiaalinen hyvinvointi on terveyden edistämisen kannalta yhtä tärkeää kuin fyysinenkin terveys. Etenkin yksinäisyyttä, syrjäytymistä ja passivoitumista tulisi välttää, sillä ne altistavat esimerkiksi muistin, toimintakyvyn ja elämänlaadun heikentymiselle ja sen myötä palvelunkäytön kasvulle. Osallistumisen viriketoimintaan ja sosiaalisten verkostojen ylläpitämisen tiedetään olevan tehokkaita keinoja psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn laskun ehkäisemisessä. (Tilvis 2009.) Nurmijärvellä ikääntyneille tarjotaan päiväkeskustoimintaa Klaukkalassa, Kirkonkylällä ja Rajamäessä viitenä päivänä viikossa. Käyntipäivät suunnitellaan aina asiakkaan tarpeen mukaisesti. (Nurmijärven kunta n.d.)

Liikunnan, ravitsemuksen ja päihteettömyyden rinnalla toimintakyvyn ylläpitämisen kannalta on tärkeää pyrkiä välttämään turhia sairaalajaksoja, sillä monet tutkimukset osoittavat niiden altistavan infektioille ja toimintakyvyn taantumiselle. Ne aiheuttavat myös turhia tiedonkulullisia ongelmia hoitolaitosten välillä ja vaikuttavat heikentävästi hoidon jatkuvuuteen. (Kirsebom, Hedström, Wadensten & Pöder 2013.) Esimerkiksi Ikääntyneen

liikuntakykyyn se vaikuttaa lihasmassaa ja -voimaa sekä yleiskuntoa heikentävästi. Luuston lujuuden heikentyessä myös murtumariski kasvaa. (Käypä hoito- suositus 2016.)

Hoitajilta vaaditaan paljon tietoa terveyden edistämisestä ja sen vaikutuksista sairauksiin ja toimintakykyyn. Ohjaustaidot ja kyky motivoida asiakasta nousevat tärkeiksi taidoiksi, joita tulisi myös organisaatioissa tukea ja vahvistaa.

3 AKUUTISTI SAIRASTUNUT KOTIHOIDOSSA

Akuutisti sairastuneen kohtaaminen kotona vaatii hoitajalta kykyä tunnistaa erilaisia sairauksia ja oireita. Sen lisäksi tarvitaan päätöksenteko- ja hoidon organisointitaitoja. Hoitoa saattaa aika ajoin rajoittaa puutteelliset välineet, yksintyöskentely sekä se, että työ on tarkasti ennalta suunniteltua ja aikataulutettua. Tässä luvussa avataan kotihoidon toimintaympäristöä ja kerrotaan ikääntyneiden hoidon erityispiirteistä. Lopuksi selvitetään vielä tutkimusten mukaan yleisimpiä ikääntyneiden päivystyksen käyttöön johtavia syitä.

3.1 Kotihoito toimintaympäristönä

Kotihoitoa voivat saada kaikki ihmiset, joiden toimintakyky on alentunut sairauden, vamman tai jonkin muun syyn vuoksi. Kotihoitopalvelujen lainsäädännöstä vastaa sosiaali- ja terveysministeriö ja järjestämisvastuu on kunnilla. Kunnat voivat tarjota sosiaalihuoltolain mukaista kotipalvelua tai terveydenhuoltolain mukaista kotisairaanhoidoa erikseen tai yhdistää ne, jolloin puhutaan kotihoidosta. (STM n.d.)

Kotihoidossa työskentelee yleensä kotiavustajia, kodinhoitajia, lähihoitajia sekä sairaanhoitajia. Kotihoidon palvelut perustuvat aina asiakkaan ja kotihoidon työntekijän yhdessä sopimaan hoito- ja palvelusuunnitelmaan, jossa määritellään hoidon tarve, toteutus ja arviointi. (STM n.d.)

Tänä päivänä kotihoidon työ on pitkälti päivittäisissä toiminnoissa, kuten ruokailuissa ja hygienianhoidossa, sekä lääkehoidossa avustamista. Kotona voidaan ottaa myös verikokeita, hoitaa haavoja ja toteuttaa saattohoitoa. Kotihoitoa tukevia palveluja ovat kauppa-, siivous-, päiväkeskus-, turvapu-
helin- ja kuljetuspalvelut. (Kelo, Launiemi, Takaluoma & Tiittanen 2015, 85.)

Toimintaympäristönä koti eroaa merkittävästi vanhaikodeista tai sairaalasta. Se toimii asiakkaan sekä hänen läheistensä kotina, johon liittyy paljon tunteita ja elämänhistoriaa. Kotihoidossa työskentelevän on kunnioi-

tettava asiakkaan kotia ja toimittava hänen ehdoillaan, kunhan se ei vaaranna hänen hyvinvointiaan ja terveyttään. (Hägg, Rantio, Suikki, Vuori & Ivanoff-Lahtela 2007, 18.)

Myös työntekijän turvallisuus ja hyvinvointi on huomioitava. Kotiympäristö asettaa usein haasteita ergonomialle ja työntekijä saattaa altistua erilaisille kemiallisille, biologisille ja fysikaalisille haitoille, kuten tupakansavulle, päihteille, homeelle tai lemmikeille. Asiakkaiden väliset matkat vaihtelevat lyhyistä hyvinkin pitkiin ja sääolot saattavat vaikeuttaa tai pitkittää asiakkaalle pääsyä. (Hägg ym. 2007, 17.)

Työnä kotihoito on haastavaa ja monipuolista. Työntekijältä vaaditaan vahvan kliinisen osaamisen lisäksi taitoa arvioida asiakkaan vointia ja toimintakykyä. Hänen tulee toimia kuntouttavasti ja ohjata asiakkaita sekä heidän läheisiään terveyden edistämisessä. Haavahoidot, lääkehoito, kivunhoito ja erilaisten sairauksien seuranta kuuluvat olennaisesti työhön päivittäisissä toiminnoissa avustamisen rinnalla. Jotta hän pystyy työskentelemään yksin nopeastikin vaihtuvissa tilanteissa, tarvitaan lisäksi päätöksentekokykyä, konsultointi- ja yhteistyötaitoja. Nykyään kirjaaminen ja potilastietojärjestelmien käyttö ovat myös iso osa työtä. (Hägg ym. 2007, 17.)

Tämän opinnäytetyön yhteistyökumppanina toimiva Nurmijärven kotihoito huolehtii Klaukkalan, Rajamäen ja Kirkonkylän alueiden palveluista. Tiimejä toimii kolme, yksi tiimi kullakin alueella. Tiimeissä toimii yksi asiantuntijasairaanhoitaja, kahdesta kolmeen sairaanhoitajaa alueesta riippuen sekä lähi- ja perushoitajia. Kotihoidolla on yksi oma lääkäri, jonka asiakkaat määräytyvät tietyin kriteerein. Esimerkiksi ne, jotka eivät kykene käymään terveyskeskuksessa tai saavat palliatiivista hoitoa, ovat kotihoidon lääkärin asiakkaina. Muiden omalääkäreinä toimivat terveyskeskuksen lääkärit. Työtä tehdään tällä hetkellä kahdessa vuorossa klo 7.00-21.30.

Nurmijärvellä otettiin vuonna 2015 käyttöön toiminnanohjausjärjestelmä, jonka avulla pyritään tehostamaan työtä ja parantamaan sen laatua. Työt jaetaan työnjakajien toimesta ja jako perustuu asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmissa oleviin käyntiaikoihin ja -määriin. Ohjelma pyrkii jakamaan asiakaskäynnit aikajärjestyksessä huomioiden myös asuinpaikat. Työntekijöiden mukana olevilla älypuhelimella pääsee sisään suurimmalle osalle asiakkaista ja se laskee automaattisesti asiakkaalla käytetyn ajan. Näin turvataan se, että asiakkaalla käytetty aika perustuu aidosti tarpeeseen ja asiakas maksaa vain hänellä käytetystä ajasta. Järjestelmä tuo oman haasteensa kuitenkin juuri akuutteihin tilanteisiin, sillä käyntiaikoihin ei ole yleensä varattu ylimääräistä aikaa.

3.2 Akuutisti sairastuneen hoidon erityispiirteitä

Ikääntyneillä sairauksien diagnostiikka on usein vaikeampaa kuin nuoremmilla. Normaaliin ikääntymiseen kuuluva elimistön säätelymekanismien heikentyminen, reservikapasiteetin väheneminen ja korjausmekanismien käynnistyminen aiheuttavat sen, että oireet voivat olla hyvinkin monimuotoisia ja epäspesifisiä tai niitä voi olla paljon tai hyvin vähän. Tyypillisesti diagnosoinnissa käytetään melko paljon kuvailevia diagnooseja, kuten yleistilan äkillistä laskua. Tämä johtuu usein siitä, että yleisoireiden selvittäminen on työlästä. (Tilvis ym. 2016, 69-70.)

Oireiden monimuotoisuuden vuoksi niiden tulkinta saattaa olla haastavaa. Usein ne myös eroavat nuorempien tyypillisistä oireista. Esimerkiksi virtsatieinfektio aiheuttaa tavallisesti nuoremmilla kirvelystä virtsatessa ja tiheyttä virtsaamistarvetta, kun taas vanhemmilla tyypillisiä oireita ovat toimintakyvyn äkillinen lasku ja sekavuus. Toisaalta taas sydäninfarkti saattaa olla oireeton tai ilmetä lähinnä pahoinvointina ja vatsatuntemuksina. (Koponen & Sillanpää 2005, 375.) Tutkimusten mukaan moninaisten ja epäselvien oireiden vuoksi esimerkiksi muistihäiriöistä noin 50 % ja deliriumeista jopa 60-70 % jää diagnosoimatta. (Kelo ym. 2015, 197.)

Ikääntyneen psyykkiseen ja sosiaaliseen terveyteen on kiinnitettävä erityistä huomiota. Esimerkiksi masennuksen tiedetään olevan alidiagnosoitu sairaus vanhusten keskuudessa ja joskus sen katsotaan jopa kuuluvan vanhuuteen. Sen tunnistaminen voi olla vaikeaa, sillä usein se ilmenee epämääräisinä fyysisinä oireina, kuten vatsan toiminnan häiriöinä, erilaisina kipuinä tai ruokahaluttomuutena ja painonlaskuna. Tyypillisesti se aiheuttaa myös kognitiivisia häiriöitä, kuten muistamattomuutta, mikä voi saada epäilemään ensimmäiseksi muistisairautta. (Tays 2016.)

Myös lääkkeet tuovat oman haasteensa ikääntyneiden oireiden tunnistamiseen ja sairauksien hoitoon, sillä ne saattavat muuttaa sairauksien tyypillisiä oireita. Esimerkiksi beetasalpaajat voivat peittää hypoglykemian oireita ja mahaoireiden taustalla voivat olla särkylääkkeet. (Tilvis ym. 2016, 70.) Lääkkeillä on vaikutusta myös laboratorioarvoihin, joiden perusteella voitaisiin muuten löytää jokin vihje potilaan tilanteesta. (Kuisma, Holmström, Nurmi, Porthan & Taskinen 2017, 686.)

Ikä itsessään saattaa joskus aiheuttaa sen, että vanhus itse, hänen omaisensa tai hoitohenkilökunta pitää jonkin sairauden aiheuttamia oireita ikääntymiseen kuuluvina. Tämä saattaa johtaa siihen, että hoitoon ei hauduta tarpeeksi ajoissa ja tila saattaa hankaloitua. Toisaalta taas osa ikääntyneistä ei hyväksy minkään toimintakyvyn muutoksen kuuluvan vanhuuteen ja toivoo saavansa hoitoa normaaleihin vanhuuteen kuuluviin muutoksiin. (Koponen & Sillanpää 2005, 375.)

Moninaisten ja joskus epätyypillisten oireiden selvittäminen vaatii hoitajilta kykyä löytää asiakkaan kertomasta oleelliset asiat. Tämä vaatii hyviä

vuorovaikutustaitoja ja kuuntelua. Asiakkaan ensimmäiseksi valittama oire ei ole aina se, joka kertoo mistä on kyse. Lisäksi sairauksista muistisairaudet tai psyykkiset häiriöt saattavat vaikeuttaa hoidon tarpeen arviointia. Esimerkiksi muistamaton asiakas ei välttämättä tiedä mitä on tapahtunut, vaikka kehossa olisi ulkoisia vammoja. Tällöin voidaan epäillä kaatumista, mutta vammamekanismi voi jäädä täysin epäselväksi.

3.3 Kotoa päivystykseen- yleisimmät syyt

Sekä Suomessa, että maailmalla tehdyt tutkimukset ikääntyneiden päivystyksen käytöstä auttavat ennakoimaan siihen johtavia tekijöitä ja mahdollisesti vähentämään päivystyksen käyttöä. Muualla saadut hyvät käytännöt ovat joiltain osin sovellettavissa myös Suomessa.

Kuntaliiton sosiaali- ja terveysyksikkö on selvittänyt vuosina 2014-2016 iäkkäiden palvelujen käyttöä, kustannuksia, vaikuttavuutta ja rahoitusta projektissaan Elderly people's services: use, costs, effectiveness and financing-ELSE. Projektia varten kerättiin tietoa Tampereen yhteispäivystyksen Acutan ikääntyneiden päivystyskäynneistä sekä yleisimmistä päivystykseen joutumisen syistä vuosina 2011-2012. (Haapamäki, Huhtala, Löfgren, Mylläri, Seinelä & Valvanne 2014.)

Tutkimuksen mukaan akuutin sairastumisen syyt ovat ikääntyneillä usein epäspesifisiä, kuten kotona pärjäämättömyys, kaatuilu ja sekavuus. Näiden oireiden taustalla on tyypillisesti jonkin elinjärjestelmän, kuten aivojen, sydän- ja verenkiertoelimistön tai tukirangan, pettäminen. Yli 70-vuotiaiden kymmenen yleisintä päivystyksessä tehtyä diagnoosia on listattu taulukkoon 1. Kaikista päädiagnooseista ne kattoivat yhteensä 28,2 %. (Haapamäki ym. 2014, 19.)

Taulukko 1. Yli 70-vuotiaiden kymmenen yleisintä diagnoosia (Haapamäki ym. 2014, 19).

Diagnoosi	%
Huonovointisuus ja väsymys	5,2
Eteisvärinä ja eteislepatus	4,8
Määrittämätön keuhkokuume	3,2
Määrittämätön rintakipu	2,7
Määrittämätön sydämen vajaatoiminta	2,6
Pyörrytys ja huimaus	2,2
Määrittämätön vatsakipu	2,1
Määrittämätön virtsatieinfektio	1,8
Hengenahdistus	1,8
Määrittämätön virtsarakkotulehdus	1,8

Myös muissa maissa on tutkittu ikääntyneiden päivystyskäyntejä ja niiden syitä. Esimerkiksi Kanadassa tehdyn tutkimuksen mukaan yleisimmät sairaalahoidon syyt liittyvät yleistilan laskuun, joka johtuu huimauksesta, väsymyksestä tai yleisestä huonovointisuudesta, sydämen, verenkierron tai

keuhkojen toiminnan häiriöistä. (Lathman & Ackroyd-Stolarz 2014.) Ruotsissa vuonna 2013 tehdyn tutkimuksen tulokset mukailevat muualla saatuja tuloksia, sillä ylisimmät syyt päivystykseen lähettämislle olivat kaatunut, sydän- ja verenkiertoelimistön ja keuhkojen toiminnan häiriöt, infektiot sekä yleinen heikkous ja kipu. (Kirsebom ym. 2013.)

Aikaisemmin mainittuun kuntaliiton projektiin kuuluu myös potilaslähtöinen tutkimus, joka selvitti niitä tekijöitä, jotka vaikuttavat ikääntyneen omaan päätökseen lähteä päivystykseen. Aihetta ei ole potilaslähtöisesti Suomessa toistaiseksi vielä juurikaan muuten tutkittu, mutta tämä tutkimus antaa hyvää suuntaa niihin syihin, joita taustalla on. (Mylläri, Tapio & Valvanne 2014, 5-6.)

Tavallisimpia oireita, jotka saavat ikääntyneen hakeutumaan päivystykseen ovat kova kipu, kuume, hengenahdistus, rytmihäiriötuntemukset, yskä, limaisuus, huimaus, liikkumisen ja tasapainon vaikeudet, heikkous, uupumus, pahoinvointi sekä yleinen huonovointisuus. Päivystykseen on lähdetty, kun toimintakyky laskee tai oireet ovat sietämättömiä. Usein on vielä niin, että hoitoon on hakeuduttu vasta kun on aivan pakko. Tällöin taustalla on muuta väestöä useammin jokin vakava, kiireellistä hoitoa vaativa sairaus. (Mylläri ym. 2014, 12.)

Vaikka yleensä ikäihmisten tekemät päivystyskäynnit ovat hyvin perusteltuja ja kyse on kiireellisen hoidon tarpeesta, hakeutuu sinne ajoittain potilaita myös kiireettömissä tilanteissa. Myllärin ym. (2014, 30-32) tekemän tutkimuksen mukaan syitä ovat olleet oireiden paheneminen, kaatumisen pelko, ongelmat perusterveydenhuollon palvelujen saannissa, luottamus päivystyksen osaamiseen ja epäluottamus perusterveydenhuoltoon. Jotkut näkevät vaihtoehdon helppona, sillä päivystyksessä voidaan tehdä kaikki tutkimukset kerralla. Tutkimuksessa kävi myös ilmi, että suurin osa ikääntyneistä kysyy omaisen tai kotihoidon työntekijän mielipidettä päivystykseen hakeutumisesta. Tämä kertoo siitä, että joissain tapauksissa asiakasta ei ole osattu ohjata oikeaan paikkaan. Perusterveydenhuollon työntekijöiden on tunnettava oman alueensa palvelut ja osattava ohjata asiakas oikeaan paikkaan.

4 HOIDON TARPEEN ARVIOINTI

Hoitajaa saattaa kotikäynnillä olla vastassa kuumeinen, sekava tai voimaton asiakas. On tärkeää osata arvioida, milloin asiakas tarvitsee kiireellistä hoitoa päivystyksessä ja milloin asiakkaan hoito ja seuranta voidaan toteuttaa kotona kotihoidon, tukipalvelujen ja mahdollisesti omaisten turvin. Tämä kappale käsittelee käytännön hoidon tarpeen arviointia. Siihen on pyritty kokoamaan selkeitä näyttöön perustuvia ohjeita akuutisti sairastuneen hoidon tarpeen arvioimiseksi. Arvioinnissa on pyritty huomioimaan erityisesti kotihoidon näkökulma ja käytössä olevat resurssit.

4.1 Miksi hoidon tarpeen arviointi on tärkeää?

Usein hoidon tarpeen arvioinnista puhuttaessa tarkoitetaan esimerkiksi hoitajan terveyskeskuksen tai sairaalan päivystyksen puhelimesta tai paikan päällä tekemää arviota asiakkaan hoidon tarpeesta ja kiireellisyydestä. Tässä opinnäytetyössä hoidon tarpeen arvioinnilla tarkoitetaan kotihoidon työntekijöiden tekemää arviota asiakkaan tilanteesta.

Hoidon tarpeen arviointia on tehty terveydenhuollossa aina niin tiedostetusti kuin tiedostamattakin. Nykyään se on edellytys hoitoon pääsulle ja näin ensimmäinen vaihe hoitoprosessissa. Hyvän hoidon tarpeen arvioinnin avulla voidaan ehkäistä turhia päivystyskäyntejä ja lisätä kotona tapahtuvan hoidon vaikuttavuutta. (Syväoja & Äijälä 2009, 25-26.) Kotihoidossa hoidon tarpeen arviointiin osallistuvat kaikki asiakkaan hoitoon osallistuvat ammattihenkilöt, kuten lähihoitajat, perushoitajat, sairaanhoitajat sekä lääkärit.

Onnistuneella hoidon tarpeen arvioinnilla voidaan vaikuttaa suoraan ja välillisesti terveydenhuoltojärjestelmän kustannuksiin, hoidon sujuvuuteen, hoitohenkilöstön työpanoksen oikeanlaiseen kohdentamiseen sekä ihmisten hoidon oikea-aikaisuuteen ja tuloksiin. Hoidon tarpeen arviointi vaikuttaa myös potilaiden ja asiakkaiden sekä heidän läheistensä kokemukseen hoidon laadusta ja sen onnistumisesta. (Syväoja & Äijälä 2009, 7.)

Vuonna 2005 tuli voimaan hoitotakuu, joka määrittelee tarkasti ajat, joiden kuluessa hoidon tarve tulee tehdä ja tarpeelliseksi katsottu hoito aloittaa. Hoidon saatavuutta koskevia säädöksiä on kansanterveyslakiin sisältyvän hoitotakuun lisäksi perustuslaissa, erikoissairaanhoitolaissa sekä laissa potilaan oikeuksista ja asemasta. Lakien ja säädösten tavoitteena on turvata kaikkien tasavertainen mahdollisuus hoitoon pääsyyn asuinpaikasta riippumatta. (Syväoja & Äijälä 2009, 10.)

Kotihoidon työntekijöiden on huolehdittava hoidon tarpeen arvioinnista määrääjässä. Asiakkaat eivät useinkaan kykene asioimaan omatoimisesti terveyskeskuksessa, vaan heidän hoidostaan vastaavat kotihoidon työntekijät yhdessä lääkärin kanssa. Asiakkaalla on oikeus saada tarvitsemaansa

hoitoa arvioidun kiireellisyyden mukaan. Se ei kuitenkaan tarkoita sitä, että hän voi automaattisesti saada kaikki haluamansa hoidot, vaan niiden on oltava tarkoituksenmukaisia. Taulukossa 2 on yhteenveto vuonna 2005 voimaantulleesta hoitotakuusta.

Taulukko 2. Hoitoon pääsyn kriteerit (Syväoja & Äijälä 2009, 17.)

KIREELLINEN HOITO	Päivystys	Välittömästi
KIIREETÖN HOITO	Yhteys terveyskeskukseen virka-aikana	Välittömästi
PERUSTERVEYDEN-HUOLLOSSA	Hoidon tarpeen arviointi (käynti)	3 arkipäivän kuluessa
	Hoidon aloitus terveyskeskuksessa	3 kk:den kuluessa arviosta
KIIREETÖN HOITO ERIKOISSAIRAAN-HOIDOSSA	Hoidon tarpeen arviointi	3 vk:n kuluessa lähetteen saapumisesta
	Tutkimukset ja erikoislääkärin arvio	3 kk:den kuluessa lähetteen saapumisesta
	Hoidon aloitus	6 kk:den kuluessa hoidon tarpeen arviosta
POIKKEUKSET	Suun terveydenhoito ja terveyskeskuksessa järjestettävä erikoissairaanhoito	6 kk:den kuluessa hoidon tarpeen arviosta
	Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelut	3 kk:den kuluessa hoidon tarpeen arviosta

4.2 Akuutisti sairastuneen hoidon tarpeen arviointi

Hoidon tarpeen arvio pitää sisällään asiakkaan oirekuvan selvittelyn, tutkimukset, asiakkaan seurannan ja päätöksenteon jatkohoidon järjestämisestä.

4.2.1 Oirekuvan selvitys

Hoidon tarvetta arvioitaessa on hyvä muistaa, että mitä äkillisemmästä voinnin laskusta on kysymys, sen hälyttävämpi on usein taustalla oleva syy. Asiakkaalta selvitetään ensin oireet haastatteleamalla ja kuuntelemalla.

- Milloin oireet ovat alkaneet?
- Minkälaisia oireita on tällä hetkellä?
- Onko samanlaisia oireita ollut aikaisemmin?
- Liittykö oireilu tiettyyn tilanteeseen?
- Onko oireita hoidettu ja jos on niin miten? (Syväoja & Äijälä 2009, 55.)

Oirekuva lisäksi selvitetään asiakkaan perussairaudet sekä säännöllinen ja tilapäinen lääkitys. Myös muut hoidot kuten kuntoutusjaksot tai fysikaaliset hoidot on hyvä olla tiedossa. (Syväoja & Äijälä 2009, 55.) Kotihoidon työntekijöillä on pääsy asiakkaan hoitokertomukseen paikan päällä mukana olevan älypuhelimien kautta, mutta se ei näytä kaikkea hoitokerto-

muksen sisältöä. Asiakkaan ajantasaiset tiedot perussairauksista, lääkityksestä sekä mahdollisesta hoitotahdosta ja DNR päätöksestä ovat kotona olevassa vihreässä kansiossa, joka kulkee asiakkaan mukana myös sairaalaan.

4.2.2 Tutkimukset

Verenpaineen ja pulssin mittaus kuuluvat asiakkaalle tehtäviin perustutkimuksiin. Pulssi on hyvä tunnustella ranteesta aina, sillä se antaa tietoa sen nopeudesta, säännöllisyydestä ja voimakkuudesta. Alhainen verenpaine ja takykardia ovat yleensä huolestuttavampia merkkejä kuin korkea verenpaine. (Uurto & Mustajoki 2016.)

Hengityksestä seurataan frekvenssiä, eli hengityksen taajuutta, hengitystapaa, syvyyttä, rytmiä, ääniä ja mahdollista yskää tai limaisuutta (Uurto & Mustajoki 2016). Hengitys yli 20 kertaa minuutissa on hälyttävä merkki ja voi kertoa taustalla olevasta vakavasta häiriöstä, kuten esimerkiksi sydämen vajaatoiminnan pahenemisesta tai keuhkokuumeesta. Happisaturatio antaisi tietoa asiakkaan hengityksen tilasta, mutta kotihoidolla ei ole käytössä saturaatiomittareita. Ainoastaan yhdeltä alueelta mittari löytyy.

Asiakkaalta mitataan myös lämpö ja samalla kiinnittää huomiota ihon väriin, lämpöön ja kosteuteen. Korkea, horkkamainen ja sahaava kuume voi olla merkki esimerkiksi sepsiksestä, mikä vaatii aina kiireellistä hoitoa. (Uurto & Mustajoki 2016.) Verensokerin mittaus kuuluu aina myös perustutkimuksiin, sillä tajunnantason laskun tai sekavuuden taustalla voi olla esimerkiksi hypoglykemia. Veren sokeripitoisuus on liian matala laskiessaan alle 4 mmol/l ja ääreisverenkierron ja aivojen solut alkavat kärsiä sokerin puutteesta verensokerin laskiessa alle 2,5 mmol/l. (Nikkanen 2014.) Huomioitavaa kuitenkin on, että diabeetikon matala verensokeri voidaan hoitaa usein kotona, eikä vaadi päivystyksellistä hoitoa.

Asiakkaan tajunnan tasoa ja orientaatiota seurataan ja häntä voidaan pyytää esimerkiksi tunnistamaan muutamia esineitä tai kertomaan missä on. Varsinaisesta muistitestistä ei ole useinkaan apua akuuteissa tilanteissa. (Uurto & Mustajoki 2016.) Tajunnan tason arvioinnissa voidaan käyttää apuna Glasgow'n kooma-asteikkoa, jossa selvitetään potilaan reagointia puheeseen ja kipuun sekä hänen vasteitaan niihin. (Kuisma ym. 2017, 152.) Samalla voidaan selvittää raajojen liikkumista, puolioireita ja käsien puristusvoimaa, jotka saattavat viitata mahdolliseen neurologiseen ongelmaan. (Uurto & Mustajoki 2016.)

Jos asiakkaan toimintakyky on sellainen, että hänen tilaansa voidaan tutkia ja seurata kotona, voidaan ottaa myös perusverikokeita ja virtsanäyte. Laboratoriokokeista suositellaan otettavaksi ainakin CRP, Glukoosi sekä PLV eli virtsatesti. (Uurto & Mustajoki 2016.) Usein otetaan myös elimistön nestetasapainosta kertovat Kalium, Natrium ja Kreatiniini sekä perusverenkuva.

Taulukossa 3 on listattu niitä löydöksiä, jotka viittaavat kriittiseen tilanteeseen ja vaativat aina kiireellistä hoitoa (Mäkijärvi, Harjola, Päivä, Valli & Vaula 2016, 9).

Taulukko 3. Akuuttiin tilanteeseen viittaavat löydökset (Mäkijärvi ym. 2016, 9.)

Tutkimukset	Hälyttävät löydökset
Verenpaine	180-200/120-130, systolinen < 90 mmHg
Pulssi	Rytmihäiriö, etenkin takykardia (>110) tai bradykardia (< 40-50 x/min)
Hengitys	Taajuus > 25 tai 8x/min
Lämpö	Korkea, sahaava, horkkamainen
Tajunnantaso	GCS < 12
Kouristus	Kesto yli 5 min tai useita ilman, että tajunta palaa välillä
Verensokeri	Alle 2.5 mmol/l

4.2.3 Seuranta

Perustutkimusten lisäksi asiakkaan vointia seurataan ja tarkkaillaan. Mahdolliset kivut, erityisesti rintakipu, äkillisesti alkanut vatsakipu tai kova päänsärky selvitetään. Myös turvotukset tarkastetaan, sillä esimerkiksi nilkkaturvotus voi olla merkki sydämen vajaatoiminnasta. Samalla kysytään pahoinvoinnista, oksentelusta ja erittämiseen liittyvistä vaivoista, kuten ripulista, ummetuksesta tai virtsavaivoista. (Uurto & Mustajoki 2016.)

Huimaus, heikotus ja kaatuilu otetaan huomioon ja mahdolliset näkyvät vammat, kuten haavat, mustelmat tai epäillyt murtumat, tutkitaan. Lonkka- ja avomurtumat vaativat aina kiireellistä hoitoa. (Uurto & Mustajoki 2016.)

Fyysisten oireiden lisäksi huomiota kiinnitetään myös mahdollisiin psyykkisiin oireisiin kuten masennukseen, ahdistukseen tai stressiin. Samalla kysytään myös päihteiden käytöstä. Psykkiset häiriöt voivat vaatia päivystyksellistä hoitoa, jos niihin liittyy psykoottisuutta, itsemurhavaara tai ne rajoittavat hyvin paljon asiakkaan toimintakykyä. (Mäkijärvi ym. 2016, 622.)

Toimintakykyä, kuten liikkumista ja apuvälineiden käyttöä arvioidaan selvittäessä asiakkaan oireiden lisäksi kotona pärjäämistä. Asiakkaan toimintakyvyllä on merkitystä siihen, voidaanko häntä seurata ja hoitaa kotona, vai lähetetäänkö hänet päivystyksen kautta osastohoitoon. (Uurto & Mustajoki 2016.) Tärkeää on kuunnella asiakkaan oma käsitys omasta voinnistaan ja kotona pärjäämisestään. Myös omaisen kokemus on hyvä huomioida ja sitä voi tarvittaessa kysyä, sillä usein heillä on hyviä huomioita asiakkaan voinnista ja sen muutoksista.

Taulukkoon 4 on vasemmalle puolelle koottu asiakkaalle tehtäviä perustutkimuksia ja oikealle asioita, joihin on myös kiinnitettävä huomiota.

Taulukko 4. Tutkimukset ja seuranta. ((Uurto & Mustajoki, 2016; Nikkanen, 2014; Mäki-järvi ym. 2016, 9; Kuisma ym. 2017, 152.)

Tutkimukset	Seuranta
Verenpaine	Kipu
Pulssi	Turvotukset
Hengitys	Ihon lämpö, kosteus ja väri
Verensokeri	Ulkoiset vammat
Lämpö	Sekavuus
Paino	Psyykkiset oireet
Puolioireet, käsien puristusvoima	Päihteiden käyttö
Tajunnan taso, GCS	Liikkuminen ja toimintakyky
PLV	Huimaus, heikotus
Tarvittaessa verikokeita	Erittäminen
	Pahoinvointi, oksentaminen

4.3 Päivystyshoitoa vaativat oireet

Päivystyshoito on tarkoitettu akuutisti sairastuneille tai vammautuneille, joiden hoito ei voi odottaa vaan vaatii välitöntä arviointia ja hoitoa. Myös kroonisen pitkäaikaissairauden paheneminen voi joissain tilanteissa tapahtua äkillisesti ja vaatia kiireellistä hoitoa. (Vaula 2016.) Seuraavat ohjeet päivystykseen hakeutumisesta ovat yleisiä ohjeistuksia ja jokaisen asiakkaan tilanne tulee arvioida aina yksilöllisesti.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (HUS) on antanut omat ohjeensa siitä, mitkä ovat niitä oireita jotka vaativat päivystyshoitoa. Ne on lueteltu seuraavaksi:

- rintakipu
- halvausoireet, kuten äkillinen raajan velttous, toimintakyvyttömyys tai puhevaikeudet
- runsas verenvuoto (esim. verioksennus, iso vuotava haava)
- vastasyntyneen lapsen kuume
- isot vammat ja luunmurtumat
- äkillisesti alkanut kova päänsärky
- hengitysvaikeus
- äkillisesti alkanut kova tai paheneva vatsakipu

Syväoja ja Äijälä (2009, 98) ovat teoksessaan käsitelleet triage-mallia, jota käytetään monessa suomalaisessa päivystyksessä hoidon tarpeen arvioinnin apuna. ABCDE-triage- malli ryhmittelee potilaat viiteen eri kiireellisyysluokkaan, joista A-D- luokat vaativat päivystyshoitoa odotusajan vaihdellessa välittömästä hoidon aloituksesta kahteen tuntiin. E-luokitellut eivät

kuulu päivystyshoittoon vaan heidät voidaan yleensä hoitaa myös kotona perusterveydenhuollon avulla. (Syväoja & Äijälä 2009, 98.)

Perusterveydenhuollossa hoidettavia, E-luokkaan kuuluvia tilanteita käsitellään myöhemmässä omassa luvussa. Triage-luokittelusta voisi nostaa esille vielä tilanteita, jotka vaativat päivystyshoitoa ja joita ei potilaille suunnatussa HUS:n ohjeistuksessa mainita:

- infektiot, joihin liittyy epävakaat elintoiminnot, korkea kuume yhdessä alentuneen tajunnantason, niskajäykkyyden, voimakkaan hengenahdistuksen, petekkiöiden esiintymisen tai kovan vatsakivun kanssa
- sytostaatteja saaneen kuumeilu
- voimakkaasti ripuloiva/oksenteleva asiakas, jolla on vakava perussairaus tai yleistilan voimakas lasku
- akuutit ihoreaktiot tai turvotukset
- epileptiset sarjakohtaukset tai ensimmäinen kouristuskohtaus
- aivotärähdys, ohimennyt tajuttomuus ja desorientaatio
- delirium
- tuore keltaisuus
- pitkittyneen selkävun pahenemisvaihe tai akuutti selkäkipu, johon liittyy jalkojen kantamattomuutta uutena oireena, virtsaamiseen liittyviä häiriöitä, peräaukon sulkijalihaksen toimintahäiriö tai välilihan seudun tunnottomuus
- kurkkukipu ja hengenahdistus tai erityisen sairastunut, kuumeileva asiakas
- yli 5 vrk kestänyt poskiontelo-oire, johon liittyy selvä kuume
- välitön M1 arvio
- psykoosi
- itsetuhoisuus
- psykososiaalinen kriisi
- ahdistuksen tai/ja masennuksen akuutti pahenemisvaihe (Syväoja & Äijälä 2009, 99-105.)

4.4 Kotihoidossa hoidettavia tilanteita

Kotioloissa asiakkaalta vaaditaan kykyä selviytyä itseksensä. Jos asiakkaan vointia jäädään kotona seuraamaan, hänen tulee pystyä hälyttämään itselleen apua, jos vointi äkisti huononee. Näin ollen esimerkiksi muistisairaahan hoitaminen kotona akuutin sairauden aikana on vaikeaa. Kotiolojen on oltava aina turvalliset ja sovellettava asiakkaan toimintakykyyn ja sen rajoitteisiin. (Uurto & Mustajoki 2016.) Alla olevat ohjeistukset niistä tilanteista, jotka voidaan hoitaa kotona koskevat koko väestöä, eikä niissä ole otettu huomioon erityisesti ikääntyneiden tarpeita.

HUS:n (n.d.) ohjeen mukaan kaikki tavanomaiset vaivat, kuten flunssa tai pitkään kestänyt selkäkipu, jotka eivät vaadi kiireellistä hoitoa, voidaan

hoitaa perusterveydenhuollossa. Yleensä myös pitkäaikaissairauksien paheneminen, mikä tapahtuu hiljalleen, voidaan hoitaa kotona. Tärkeää on puuttua pieniinkin muutoksiin heti, kun ne huomataan. (Uurto & Mustajoki 2016.)

Syväoja ja Äijälä (2009, 99-104) ovat listanneet Triage- mallin mukaisesti myös niitä tilanteita ja oireita, joiden hoito kuuluu perusterveydenhuoltoon. Niitä on listattu seuraavassa:

- pitkittynyt ripuli ilman akuuttia oireistoa
- selvä vatsatauti ilman muuta akuuttia oireistoa
- selvä nuha, kuume ja/tai yskä, kurkkukipu ja poskiontelontulehdusepäily ilman muita akuutteja oireita
- pitkittyneen kuumeilun selvittely
- lieväoireiset virtsatieinfektiot
- pitkäaikainen huimaus tai päänsärky ilman muita neurologisia oireita
- vanhan trauman arvio, johon ei liity selvää toiminnanvajausta tai murtumaepäilyä
- vanhat hoitoa tarvitsemattomat palovammat
- useita vuorokausia kestänyt vatsavaiva
- hyväkuntoisen potilaan närästys
- tuki- ja liikuntaelimistön kivut ilman vammaa
- pitkittynyt korvavaiva
- alle 5 vrk kestänyt poskiontelo-oire tai kipu
- lievät silmävaivat, kuten punoitus, vetistys, kutina ja kirvely
- pitkittyneet masennus ja ahdistusoireet ilman itsetuhoisuutta
- väsyneisyys, paha olo
- Ikääntyneen kotikuntoisuuden ja asuinjärjestelyjen selvittelyt
- perusterveydenhuollossa otettujen laboratorio- ja kuvantamistutkimusten vastausten tulkinta
- Ihottumat
- Päihtymys ilman muita oireita

Asiakkaalle voi myös tilata ambulanssin epäselvissä tilanteissa. He voivat tutkia asiakkaan tarkemmin ja konsultoida lääkäriä. Esimerkiksi jos sydän- tai verenkiertoelimistön häiriötä sairastava asiakas valittaa heikotusta tai huonoa oloa, voi ambulanssi ottaa sydänfilmin ja poissulkea näin akuutit sydänsairaudet. Asiakasta ei tarvitse kuljettaa päivystykseen, vaan oireiden syytä voidaan selvittää kotona.

Kotona hoitamisen edellytyksenä on hoidon turvallisuus ja tehokkuus. Siihen vaikuttavat tarvittavien lisäkäyntien järjestyminen, apuvälineiden nopea saanti sekä asiakkaan toimintakyky verrattuna aikaisempaan. Koska kotihoidon työ on ennalta suunniteltua ja käynteihin on varattu hoito- ja palvelusuunnitelmassa arvioitu aika, voi akuutteja tilanteita varten olla vaikea järjestää lisäkäyntejä. Vaikeus korostuu etenkin iltaisin ja viikonloppuisin, jolloin työntekijöitä on vähemmän kuin arkipäivisin.

Lisäkäynneillä voidaan tarpeen mukaan seurata asiakkaan vointia, avustaa hygienianhoidossa, ruokailuissa sekä läkehoidossa. Esimerkiksi vatsataudin tai kuumeen aikana nesteiden saaminen on tärkeää ja lisäkänneillä voidaan varmistaa, että asiakas saa tarpeeksi nesteitä eikä vointi ole heikentynyt entisestään.

Akuuttien tilanteiden hoitaminen kotona vaatii myös lääkärin tai sairaanhoitajan tavoittamista välittömästi hoito-ohjeiden saamiseksi. Kotihoidolla on oma lääkäri, joka huolehtii osan asiakkaiden hoidosta. Toisilla taas hoitava lääkäri on terveyskeskuksen omalääkäri. Näiden lisäksi päivystyksen lääkäriä voi konsultoida iltaisin ja viikonloppuisin.

Nurmijärven kunnalla on oma apuvälinepalvelu terveyskeskuksen yhteydessä, josta saa apuvälineitä maksutta lainaan. Saantia rajoittavat kuitenkin aukioloajat niin, että iltaisin tai viikonloppuisin välineitä ei saa. (Nurmijärven kunta, n.d.) Jos asiakas on vaikkapa kuumeinen eikä jaksa liikkua entiseen tapaan, voidaan hänelle tuoda WC-tuoli tai rollaattori. On kuitenkin aina muistettava, että toiminnanvajauksen taustalla oleva syy on selvitetävä.

4.5 Päätöksentekoon vaikuttavia tekijöitä

Akuutisti sairastuneen vointi on yleensä epävakaa ja vaihteleva. Hoitaja joutuu selvittämään ja käsittelemään tilannetta ennen kuin voi tehdä päätöstä toiminnan suhteen. Päätöksenteon apuna hän käyttää omia tietojaan ja kokemuksiaan, näkemäänsä, kuulemaansa ja tuntemaansa. Hän arvioi saamaansa tietoa ja tekee niiden pohjalta oletuksia, joita sitten kumoo tai vahvistaa saadessaan lisätietoa. Tietojen pohjalta hoitaja voi päättää minkälaista hoitoa asiakas tarvitsee ja missä häntä on paras hoitaa. Arvioinnissa otetaan huomioon myös hoitomenetelmien ja keinojen saatavuus, jotka kotihoidossa voivat olla rajalliset. (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug 2005, 192-193).

Tutkimusten mukaan ammattilaisten päätöksentekoa voidaan helpottaa niin, että kirjataan hoitosuunnitelmaan tilanteet, joissa päivystykseen on syytä lähteä (Malmström, Hörhammer, Peltokorpi, Linna, Koivuranta-Vaara & Mikkola 2017, 30). Päätöksentekoa helpottaa myös asiakkaan tekemä hoitotahto, joka on oltava aina helposti saatavilla.

Merja Ala-Nikkola (2003, 93-94) on tutkinut väitöskirjassaan koti- ja laitoshoidon päätöksentekotodellisuutta. Tutkimuksen mukaan kotihoidon työntekijöiden päätöksentekoon vaikuttavat asiakkaan tarpeet ja oikeudet, palvelujen sisällöt sekä toimintaehdot. Useimmiten päätöksentekoa ohjaavat palvelun toimintaehdot ja resurssit, jotka taas määräävät palvelun sisällön ja saatavuuden. Asiakas joutuu usein sovittamaan tarpeensa palvelujärjestelmän ehtoihin sen sijaan, että palvelut kohtaisivat yksilöllisesti hänen omat tarpeensa. Tutkimuksen ikä on hyvä huomioida, vaikka

voidaan olettaa, ettei tilanne ole kiristyneessä taloudellisessa tilanteessa oleellisesti muuttunut.

Päätöksentekoon kuuluu aina myös asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ja hänen sekä hänen omaistensa mielipiteen kuunteleminen. Hoitajan tehtävänä on antaa asiakkaalle tietoa hänen tilanteestaan, sairaudestaan, oireistaan sekä eri hoitovaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista. (Lauri, Erikson & Hupli 1998, 86-87). Kotona asiakkaan ja hänen omaistensa osallisuus tulee luontevammin osaksi päätöksentekoa kuin esimerkiksi sairaalassa. On kuitenkin myös tutkimusnäyttöä siitä, että organisaatioiden asettamat tavoitteet käynneille ohjaavat päätöksentekoa, jolloin asiakas jää sivurooliin. (Ala-Nikkola 2003, 50.)

Hoitajien tekemiä päätöksiä voidaan arvioida esimerkiksi tarkastelemalla, saiko asiakas oikea-aikaista apua oireisiinsa ja oliko hän itse tyytyväinen päätökseen. Samalla voidaan pohtia sitä, kohdentuivatko resurssit tarkoituksenmukaisesti ja olivatko kaikki hoitoon osallistuvat tyytyväisiä päätökseen. (Syväoja & Äijälä 2009, 61.)

Ruotsissa on tutkittu vanhainkotien hoitajien kokemuksia päätöksenteosta tilanteissa, joissa joudutaan pohtimaan oikeaa hoitopaikkaa. Tuloksista kävi ilmi, että päätöksiä joudutaan tekemään paljon yksin ja se koetaan haastavaksi. Päätöksentekoon katsottiin vaikuttavan organisaation tuen lisäksi myös mahdollisuus konsultoida lääkäreitä. Hoitajat kokivat myös, että sairaalaan lähettäminen on vastuun kannalta turvallisempi vaihtoehto, kuin hoito nykyisessä paikassa. (Kirsebom ym. 2013.)

4.6 Jatkohoidon suunnittelu ja järjestäminen

Alla olevaan taulukkoon 5 on koottu tiivistetysti toimintaohjeita jatkohoidon järjestämiseksi. Ohjeet on koottu Nurmijärven kotihoidon käytännön toimenpiteiden mukaan ja ne perustuvat omaan kokemukseeni. Kotihoidon sairaanhoitaja on käynyt myös ohjeet läpi. Kun päätös jatkohoidosta syntyy, aletaan suunnitella joko asiakkaan hoitamista kotona tai siirtoa päivystykseen. Alla olevat ohjeet saattavat vaihdella eri organisaatioiden välillä.

Taulukko 5. Hoidon jatkuvuus kotona tai lähetettäessä asiakas päivystykseen

Asiakkaan jatkohoito kotona	Asiakkaan lähettäminen päivystykseen
Sairaanhoitajan ja/tai lääkärin konsultointi	Kyydin järjestely (taksi, ambulanssi, omainen)
Huolellinen kirjaus	Asiakkaan ohjaus ja valmistelu
Lisäkäytien järjestäminen	Huolellinen kirjaus
Hoito-ohjeiden kertominen asiakkaalle	Kotihoidon ajantasainen kansio mukaan
Tarvittaevien apuvälineiden järjestäminen	Keskeytysten tekeminen (myös tukipalvelut)
Yhteydenotto omaisiin	Yhteys omaisiin
Hoito-ohjeiden toteutus esim. lääkityksen aloitus	Kodin järjestely (roskat, valot)

5 HOIDON TARPEEN ARVIOINNIN KEHITTÄMINEN

Tutkimuksen mukaan monet iäkkäiden päivystyskäynneistä olisivat ennalta arvioitavissa. Hoitohenkilökunnan koulutus on merkittävässä asemassa, samoin kuin kotihoidolle annettu tuki, ohjaus ja konsultaatiomahdollisuus. (Haapamäki ym. 2014, 29.) Ammattilaisten osaamista olisi hyvä kehittää etenkin niiden sairauksien osalta, joiden vuoksi päivystykseen hakeudutaan toistuvasti. (Malmström ym. 2017, 28)

Akuuttia sairastumista ennakoivia tekijöitä on myös hyvä tunnistaa, jotta niihin voidaan kiinnittää huomiota. Esimerkiksi monien tutkimusten mukaan useiden lääkkeiden yhtäaikainen käyttö ja niistä aiheutuvat haittavaikutukset lisäävät akuutin sairastumisen ja sitä myötä päivystyskäyntien riskiä. (Mylläri ym. 2014, 6; Allin, Rudoler & Laporte 2017; Neufeld, Viau, Hirdes & Warry 2016.)

Kanadassa tehdyn tutkimuksen mukaan yksittäisistä sairauksista COPD, sydämen vajaatoiminta, masennus ja diabetes ennakoivat toistuvaa päivystyksen käyttöä ikääntyneillä. (Neufeld ym. 2016.) Suomessa tehdyt tutkimukset ovat samansuuntaisia, sillä monisairastavuus, etenkin vakavat pitkäaikaissairaudet, kuten diabetes, toimintakyvyn vaje ja oma käsitys terveydentilan heikkoudesta ovat päivystyskäyttöä ennakoivia tekijöitä. (Mylläri ym. 2014.) Toimintakyvyn laskua ennakoivia sairauksia ovat krooniset keuhkosairaudet, tuki- ja liikuntaelämänsairaudet sekä aivohalvauksen jälkitila. Myös kaatuilu, masennus ja aistitoimintojen heikkeneminen edesauttavat usein toimintakyvyn nopeaa laskua. (Tilvis 2009.) Lisäksi monissa tutkimuksissa lyhyt aika edellisestä päivystyskäynnistä tai pitkä sairaalajakso lisää riskiä joutua sinne uudelleen. (Mylläri ym. 2014; Besga, Ayerdi, Alcalde, Manzano, Lopetegui, Grana & González-Pinto 2015; Neufeld ym. 2016.)

Hyvin järjestetyt perusterveydenhuollon lääkärinpalvelut ja omahoitajuus auttavat hoidon tarpeen arvioinnissa. Hyvin suunniteltu hoito, tilanteiden ennakointi ja oikeanlainen terveyspalvelujen käyttö vähentävät kustannuksia ja on ikääntyneelle vähemmän rasittavaa. (Haapamäki ym. 2014, 29.) Samoilla linjoilla ovat omassa tutkimuksessaan Mylläri, Tapio ja Valvanne (2014, 6) toteamalla, että osa akuuteista tilanteista voitaisiin välttää, jos virka-aikaiset palvelut olisivat paremmin saatavilla ja hoitohenkilökunnalla olisi enemmän geriatriasta osaamista. Etenkin lääkärin konsultatiivimahdollisuuksien parantaminen nähdään tärkeänä. He painottavat myös kaikille asiakkaille tehtävää kokonaisvaltaista geriatriasta arviota.

Kuntaliiton ELSE-projektiin liittyvässä kahdeksannessa julkaisussa selvitetään iäkkäiden erikoissairaanhoidon päivystyksen käytön eroja eri puolilla Suomea. Sen mukaan Vaasan vanhankodeissa parannettiin lääkäripalveluja, jonka seurauksena sairaalahoitoon johtaneet päivystyskäynnit laskivat lähes puoleen. Samalla myös muita terveydenhuollon palveluja tarvittiin vähemmän, mikä näkyi kustannusten laskuna. (Malmström ym. 2017, 27-28).

Porvoon kaupungin kotihoito taas tehosti vuonna 2013 hoitajien geriatriasta osaamista sekä lääketieteellistä hoitoa lisäämällä lääkärin tavoitettavuutta ympärivuorokautiseksi. Lisäksi panostettiin moniammatilliseen ja kokonaisvaltaiseen palveluntarpeen arviointiin ja yksilöllisiin hoitosuunnitelmiin. Muutosten myötä laitospaikkojen jonoja saatiin purettua ja terveyskeskussairaalan sekä erikoissairaanhoidon käyttö väheni merkittävästi tuoden pelkästään vuonna 2013 1,2 miljoonan euron säästöt. (Finne-Sover ym. 2014, 3473.)

Etelä-Karjalan sosiaali ja terveystyöpiiri (2017) aloitti vuonna 2016 Lappeenrannassa kokeilun, jossa yhden hengen 24/7 toimiva päivystysyksikkö tuo palvelut asiakkaan kotiin sen sijaan, että asiakas lähetetään päivystykseen. Kokemukset ja hoidon tulokset ovat olleet hyviä ja toimintaa laajennetaan vuonna 2017 myös Imatralla. Yksikössä työskentelee kokenut ensihoitaja, jolla on käytettävissään laajat tutkimus- ja hoitovälineet. Hän pystyy esimerkiksi ottamaan verikokeita, antamaan suonensisäistä lääkehoitoa, arvioimaan päivystyksellistä hoidon tarvetta ja ompelemaan pieniä haavoja.

Monessa kunnassa on jo otettu käyttöön kotisairaaloiminta tai tehostettu kotihoito. Nurmijärvellä ei ole kotisairaaloimintaa vielä ollut, mutta 1.9.-30.11.2017 pilotoidaan Keski-Uudenmaan SOTE- kuntayhtymän alueella yhteistä alueellista kotisairaaloimintaa, johon myös Nurmijärvi liittyy yhdessä Hyvinkään, Järvenpään, Mäntsälän ja Tuusulan kanssa. Toiminnan tarkoituksena on tuoda kotisairaala ja akuuttihoitoon palvelut kotiin. Asiakkaina voivat olla esimerkiksi lyhytaikaista akuuttia hoitoa tarvitseva henkilö. (Keski-Uudenmaan SOTE 2017.) Kokeilu mahdollistaa myös Nurmijärvellä entistä paremmin akuutisti sairastuneiden hoidon kotona ja säästää mahdollisesti myös päivystyskäyntejä.

Yhteistyö eri terveydenhuollon ammattilaisten kesken on tärkeää hoidon onnistumisen kannalta. Ruotsissa on tutkittu miksi vanhankotien asukkaat yleensä joutuvat päivystykseen ja sen mukaan yhteistyö vanhankodin ja perusterveydenhuollon välillä vähentäisi turhia käyntejä. (Kirsebom ym. 2013.) Samansuuntaisia ajatuksia on esitetty myös Suomessa, jossa peräänkuulutetaan parempaa yhteistyötä kotihoidon, ensihoidon ja päivystyksen kanssa (Vaula 2016).

6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää kotihoidossa tapahtuvaa hoidon tarpeen arviointia ja jatkohoidon suunnittelua asiakkaan sairastuttua äkillisesti. Työn tavoitteena on teorian tiedon, aikaisempien tutkimustulosten ja Nurmijärven kotihoidon työntekijöiden kokemusten perusteella tuottaa kehittämis ehdotuksia ja löytää niitä keinoja ja yhtenäisiä käytäntöjä, joita hoitajat voisivat hyödyntää hoidon tarpeen arvioinnissa ja jotka sujuvoittavat työtä, helpottavat asiakkaiden hoitoa kotona ja parantavat resursien käyttöä.

Opinnäytetyön tutkimuskysymyksiä ovat:

1. Miten kotihoidossa toteutetaan hoidon tarpeen arviointia?
2. Voidaanko hoidon tarpeen arviointia helpottaa niin, että se olisi sujuvampaa ja yhtenäisempää?

7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

7.1 Aineistonkeruu

Tutkimuksessa menetelmä valitaan sen mukaan, mikä on tutkittava ilmiö ja mitä siitä halutaan tietää. Tämän työn aineistonkeruussa sekä tulosten analysoinnissa on käytetty sekä kvalitatiivista että kvantitatiivista menetelmää, jolloin puhutaan kahden metodin yhdistämisestä, eli triangulaatiosta. Kahden eri menetelmän on tarkoitus täydentää toisiaan ja tarjota eri näkökulmia. Tuloksia käsitellään samanaikaisesti ja ne yhdistetään lopussa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 54, 74.)

Triangulaation etuna on se, että aineistoa voidaan validioida, vahvistaa, syventää sekä täydentää ja sen avulla pyritään saamaan hyvä kokonaiskuva tutkittavasta ilmiöstä. Toisaalta kahden menetelmän yhdistäminen voi itsessään olla myös haaste. Lisäksi tutkimuksen toistaminen voi olla vaikeaa ja metodien heikkoudet saattavat kertaantua. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015 78.)

Tässä työssä aineisto kerättiin kyselylomakkeen muodossa. Lomake sisälsi sekä monivalintakysymyksiä että avoimia kysymyksiä. Monivalintakysymysten vastausten analysointiin käytettiin numeerista menetelmää ja avoimet kysymykset analysoitiin sisällön analyysin avulla.

7.2 Teoreettisen viitekehyksen rakentuminen

Teoreettinen viitekehys pyrittiin rakentamaan niin, että se kuvailee mahdollisimman hyvin tutkittavaa ilmiötä. Teoriatiedon kerääminen alkoi tutkimuskysymysten pohjalta toukokuussa 2017. Lähteinä käytettiin alan kirjallisuutta, tutkimuksia, artikkeleita ja suosituksia. Tietoa haettiin sanoilla kotihoito, akuutti hoito, hoidon tarve ja vanhustenhoito sekä englanniksi sanoilla home care, acute care, aged AND emergency department. Tietoa haettiin erilaisista tietokannoista, kuten Medic, Terveysportti, Cinahl, JBI, Suomen lääkirilehti ja Pubmed. Lopulta Cinahl, Pubmed sekä terveysportti osoittautuivat tähän työhön sopivimmiksi hakukoneiksi.

Tutkimustietoa löytyi paljon terveyden edistämisestä, sairauksien ehkäisystä, kotihoidon kehittämisestä, ikääntyneiden päivystyksen käytöstä ja eri sairauksien akuutista hoidosta. Sen sijaan kotihoidon akuuttien tilanteiden hoidosta tai hoidon suunnittelusta ei löytynyt tutkimuksia.

7.3 Kyselylomakkeen suunnittelu ja toteutus

Aineistonkeruussa käytettiin strukturoitua kyselylomaketta kotihoidon työntekijöille (liite 2). Kyselyn runko alkoi muotoutua samaan aikaan kun teoreettinen viitekehys rakentui. Alun perin tarkoitus oli kerätä hoitajien kokemuksia vain laadullisin menetelmin, eli avoimien kysymysten avulla, mutta teoreettisen osuuden muotoutuessa mukaan tulivat myös monivalintakysymykset, jotka sopivat hyvin tiettyjen asioiden mittaamiseen. Näin saatiin paremmin tutkittua niitä ilmiöitä, joita haluttiin.

Kysely sisälsi 25 kysymystä aiheista, jotka liittyivät akuutisti sairastuneen kohtaamiseen ja hoidon tarpeen arviointiin, päätöksentekoon ja hoidon suunnitteluun, kotihoidon mahdollisuuksiin hoitaa akuutisti sairastuneita sekä äkillisten tilanteiden ennakointiin ja työn kehittämiseen. Kysymyksistä 19 oli monivalintakysymyksiä ja kuusi avoimia.

Alun perin tarkoituksena oli toteuttaa kysely vain paperiversiona, mutta kyselystä tehtiin myös sähköinen versio Webropolilla, jota oli tarkoitus käyttää yhden tiimin vastausten keräämiseen. Erona kyselyissä oli se, että paperilomakkeelle vastaajat saattoivat kirjoittaa kommentteja kysymysten perään. Tätä mahdollisuutta ei sähköisellä lomakkeella ollut.

Kysely lähetettiin Nurmijärven kunnan yhteyshenkilölle ja esiteltiin väliseminaarissa koululla 19.9 ennen varsinaisen kyselyn toteuttamista. Lomake myös testattiin käytännössä hoitoalalla olevan henkilön toimesta, jotta

saatiin käsitys siitä, kuinka kauan kyselyyn menee aikaa ja mitä ajatuksia kysely herättää. Testihenkilön mukaan lomakkeen kysymykset olivat selkeitä, eikä niihin sen myötä tehty muutoksia. Näin saatiin kerrottua osallistujille myös kyselyn kesto, jonka arvioitiin olevan noin 15-20 minuuttia.

Kyselyn otantamenetelmänä käytettiin satunnaisotantaa, mikä tarkoittaa sitä, että jokaisella työntekijällä oli tasavertainen mahdollisuus osallistua kyselyyn (Vilkkä 2007, 52.) Kysely lähetettiin 67:lle hoitajalle ja saatekirjeessä (liite 1) toivottiin osallistujia kolmesta neljään per alue. Osallistujien joukossa toivottiin olevan sekä sairaanhoitajia että lähihoitajia. Otoksen koko jäi suhteellisen pieneksi, sillä alun perin kysely oli tarkoitus toteuttaa täysin laadullisin menetelmin, jolloin osallistujien määrää tärkeämpi ominaisuus on sen laatu (Kankkunen-Vehviläinen-Julkunen 2015 110). Aineistonkeruussa yhdistettiin kuitenkin lopulta sekä kvantitatiivista että kvalitatiivista menetelmää, jonka vuoksi kvantitatiiviselle otokselle osallistujien määrä jäi pieneksi.

Kun lomake oli valmis, työstä kerrottiin kotihoidon työntekijöille sairaanhoitajien palaverissa, jossa kartoitettiin mahdollisia osallistujia sekä suunniteltiin kyselyn ajankohta. Alun perin ideana oli kokoontua kaikkien osallistuvien kesken ennalta sovittuun paikkaan, mutta koska tiimien väliset välimatkat ovat melko pitkät ja aikaa vähän, päädyttiin siihen, että käyn tekemässä kyselyn jokaisessa tiimissä erikseen. Samalla sovittiin, että kysely toteutetaan kuukauden aikana ja alueiden vastaavat sairaanhoitajat ovat minuun yhteydessä sähköpostitse, kun heille sopiva aika varmistuu.

Ensimmäinen kysely toteutettiin Rajamäen kotihoidossa 9.10 klo 14.00, jossa osallistujia oli yhteensä kolme. Seuraavana vuorossa oli Klaukkala 14.10, jolloin osallistujia oli viisi. Kirkonkylän osalta kyselyn toteuttaminen vaati hieman luovuutta ja heidän kanssaan päädyttiin lopulta sähköiseen kyselyyn, joka toteutettiin Webprolilla. Kyselystä sovittiin tiimin vastaavan sairaanhoitajan kanssa ja nettilinkki avattiin 2.11. Kyselyyn annettiin vastausaikaa 9.11. klo 15 saakka. Vastauksia ei siihen mennessä tullut yhtään, joten vastausaikaa pidennettiin vielä muutamalla päivällä. Lopulta Kirkonkylän tiimistä ei osallistujia tullut lainkaan.

Kysely pyrittiin toteuttamaan rauhallisessa tilassa. Osallistujille varattiin lomakkeet ja kyniä. Ennen aloitusta pidettiin lyhyt esittely opinnäytetyöstä ja ohjeistettiin kyselyyn vastaamisesta. Lisäksi kerrottiin vielä osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja nimettömyydestä sekä lomakkeiden hävittämisestä. Osallistujat saivat myös tiedon työn julkisuudesta sekä siitä, miten tuloksista saa tietoa.

7.4 Aineiston analysointi

Aineiston analysointi alkoi aineiston tarkastuksella. Kaikki lomakkeet käytiin tarkasti läpi kysymys kysymykseltä ja vastaukset arvioitiin. Kaikkiin kysymyksiin oli vastattu ja lomakkeet oli asiallisesti täytetty. Tämän jälkeen kaikki vastaukset syötettiin Wepropol ohjelmaan, joka laski frekvenssin sekä prosenttiluvun valmiiksi ja listasi avoimien kysymysten vastaukset. Näiden taulukoiden tiedoista luotiin Excelillä tuloksia kuvaavia kuvioita ja taulukoita. Kaikki syötetyt tiedot tarkastettiin kolmeen kertaan virheiden minimoimiseksi. Ne käytiin läpi vielä työn valmistuttua.

Aineiston analysoinnissa käytettiin sekä määrällisen että laadullisen tutkimuksen menetelmiä. Kysymykset 5, 7, 8, 21, 22 ja 25 analysoitiin sisällön analyysin avulla. Sisällön analyysi voi olla induktiivista, eli aineistolähtöistä, tai deduktiivista, eli teorialähtöistä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 167.) Tässä työssä on käytetty deduktiivista analyysimenetelmää. Sen lähtökohtana toimii teoria, jonka ilmenemistä halutaan tutkia käytännössä.

Sisällön analyysi aloitettiin lukemalla aineisto läpi useaan kertaan. Sen jälkeen vastaukset kirjoitettiin sellaisenaan erilliselle paperille, jonka jälkeen niistä etsittiin erilaisuuksia ja samankaltaisuuksia. Sitten samansuuntaiset vastaukset yhdistettiin alakategorioiksi, joita yhdistelemällä saatiin yläkategoriat. Niistä muodostui lopulta aineistoa kuvaava pääkategoria. Esi-merkki hoidon tarpeen arvioinnin sisällön analyysistä on kuvassa 1.

Alakategoria	Yläkategoria	Pääkategoria
"Tarkkailen liikkumista, puhetta, ihon väriä" "Kyslemällä voinnista" "Yleisvointi ja tajunta" "Seuraamalla hengitysfrekvenssiä ja hengenahdistusta/sen lisääntymistä" "Onko kipuja, missä ja minkälaisia" "Miten pystyy liikkumaan" "Onko turvotuksia" "Arvioimalla asiakkaan toimintakykyä"	Toimintakyvyn arviointi	Asiakkaan toimintakyvyn arviointi
"Eri mittauksin ja mittarein" "Erilaisilla tutkimuksilla ja mittauksilla" "RR, Pulssi, Saturaatio, miten hengittää, lämpö, VS" "Otan verikokeet" "Lämmön mittaaminen, ihon väri" "Mittaamalla vitaalit"	Mittaukset ja tutkimukset	
"Miten selviää päivittäisistä toimista nyt verrattuna ennen" "Vertaamalla aineeseen toimintakykyyn ja vointiin" "Miten poikkeaa aiemmasta voinnista" "Vertaamalla vointia aiempaan"	Tämänhetkisen toimintakyvyn vertaaminen aiempaan toimintakykyyn	
"Haastatteleamalla" "Kyselemällä" "Havainnoimalla"	Voinnin arvioinnin keinot	
"Jos voi jättää kotiin ja seurataan" "Tarv. puhelu kotihoidon lääkärille/112" "Jos ei tiedä tai epävarmuutta voi konsultoida ksh:ta tai lääkäriä"	Yhteistyö	
"Koulussa ja töissä opitulla tiedolla, kokemus"	Ammattitaito	

Kuva 1. Esimerkki sisällön analyysistä. Hoidon tarpeen arviointi.

Kysymyksissä 1-4, 6, 9-20 ja 23-24 käytettiin avuksi määrälliselle aineistolle tyypillistä numeraalista analysointia. Aluksi tiedoista muodostettiin havaintomatriisit, jonka jälkeen niistä tehtiin tuloksia parhaiten kuvaavia taulukoita ja kuvioita. Koska tavoitteena oli saada tietoa yhden muuttujan jakaumasta, käytettiin analysointiin sijaintilukuja, kuten frekvenssiä (n) ja prosenttiosuuksia. Frekvenssi kertoo havaintojen lukumäärän jossakin ryhmässä tai aineistossa. (Vilkkä 2007, 121).

8 TULOKSET

Kysely lähetettiin yhteensä 67:lle hoitajalle. Heistä kahdeksan on sairaanhoitajia ja 59 lähihoitajia. Kyselyyn vastasi lopulta kahdeksan hoitajaa (N 8). Näin ollen vastausprosentiksi tuli kaikkiaan 11,9%. Jos tarkastellaan vastausprosentteja ammattialoittain, sairaanhoitajien osallistuminen nousee roimasti ollen 50 % ja lähihoitajien laskee ollen noin 6,8 %.

Seuraavassa käydään läpi kyselyn tulokset. Ne on jaettu selkeyden vuoksi viiteen eri aihealueeseen, jotka noudattelevat kyselylomakkeen osioita.

- Taustatiedot
- Akuutisti sairastuneen kohtaaminen ja hoidon tarpeen arviointi
- Päätöksenteko ja jatkohoidon suunnittelu
- Kotihoidon mahdollisuudet hoitaa akuutisti sairastuneita
- Akuutin sairastumisen ennakointi ja työn kehittäminen.

8.1 Vastaajien taustatiedot

Vastaajien taustatiedoista kysyttiin työkokemusta sekä koulutustaustaa, jotta voitiin tehdä vertailua vastausten välillä. Taustatietojen avulla voitiin arvioida myös kuinka hyvin vastaajat edustavat perusjoukkoa. (Vilkkä 2007, 56.)

Taulukosta 1 käy ilmi, että vastaajista puolet (50 %) oli ilmoittanut olevansa lähihoitajia ja puolet (50 %) sairaanhoitajia (taulukko 6).

Vastaajista puolella oli pitkä, yli kymmenen vuoden työkokemus (50 %), kahdella (25 %) 1-5 vuoden, yhdellä (12,5 %) 6-9 vuoden ja yhdellä (12,5 %) alle vuoden kokemus kotihoidosta (taulukko 6).

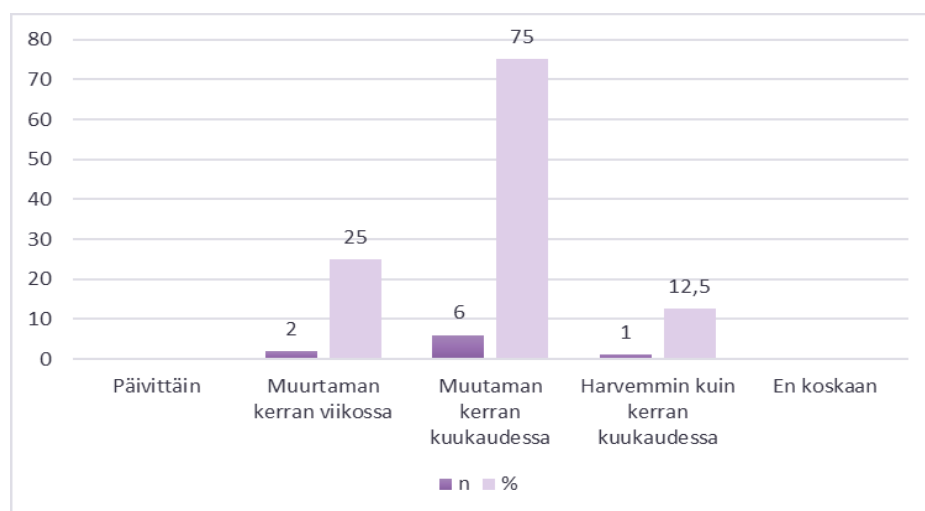
Taulukko 6. Vastaajien taustatiedot (N 8).

Koulutus	n	%
Perushoitaja	0	0
Lähihoitaja	4	50
Sairanhoitaja	4	50
Muu	0	0
Työvuodet	n	%
Alle 1 vuosi	1	12,5
1-5 vuotta	2	25
6-9 vuotta	1	12,5
Yli 10 vuotta	4	50

8.2 Asiakkaan kohtaaminen ja hoidon tarpeen arviointi

Kyselyn aluksi haluttiin tietää kuinka usein vastaajat kohtaavat työssään akuutisti sairastuneita. Vastaajista enemmistö, kuusi vastaajaa (75 %), kertoi kohtaavansa akuutisti sairastuneen muutaman kerran kuukaudessa, Kaksi (25 %) muutaman kerran viikossa ja yksi (12,5 %) harvemmin kuin kerran kuukaudessa. Yksi vastaaja oli valinnut sekä muutaman kerran viikossa, että muutaman kerran kuukaudessa ja kommentoinut niiden viereen, että vaihtelee. Kukaan vastaajista ei kohtaa akuutisti sairastunutta työssään päivittäin (Taulukko 7).

Taulukko 7. Kuinka usein hoitajat kohtaavat akuutisti sairastuneen? (N 8)



Seuraavaksi kysyttiin, onko hoidon tarpeen arviointi hoitajien mielestä helppoa, vaikeaa vai jotain siltä väliltä. Kaikki vastaajat (100 %) kokivat sen olevan joskus vaikeaa, joskus taas helppoa. Yksi vastaaja oli kommentoinut valintansa perään

Vaikeinta on rajatapaukset. Turvallisuus asiakkaalle kuitenkin etusijalla.

Vastaajia pyydettiin kertomaan omin sanoin, miten he arvioivat hoidon tarvetta. He kertoivat arvioivansa asiakkaan yleisvointia, vertaavat toimintakykyä aikaisempaan ja tekevät perusmittauksia. Tietoa asiakkaan voinnista kerätään kyselemällä ja haastatteleamalla ja arvioinnin tukena käytetään omaa työkokemusta ja tietoja. Myös lääkärin ja sairaanhoitajan konsultointia käytetään apuna. Seuraavassa on vastaajien kommentteja.

Tarkkailen liikkumista, puhetta, ihon väriä, kyselen vointia. Teen mittauksia. Miten selviää päivittäisistä toimista nyt verrattuna ennen.

Kysymällä vointia, seuraamalla hengitysfrekvenssiä, hengenahdistus, sen lisääntyminen, kipua, väriä, jalkojen turvotus, verenpaine seuranta. Yleistila ja toimintakyky.

Mittaamalla vitaalit, arvioimalla asiakkaan toimintakykyä, vertaamalla vointia aiempaan.

Haastatteleamalla voinnista, havainnoimalla, eri mittauksin ja mittarein. Vertaamalla aiempaan toimintakykyyn ja vointiin.

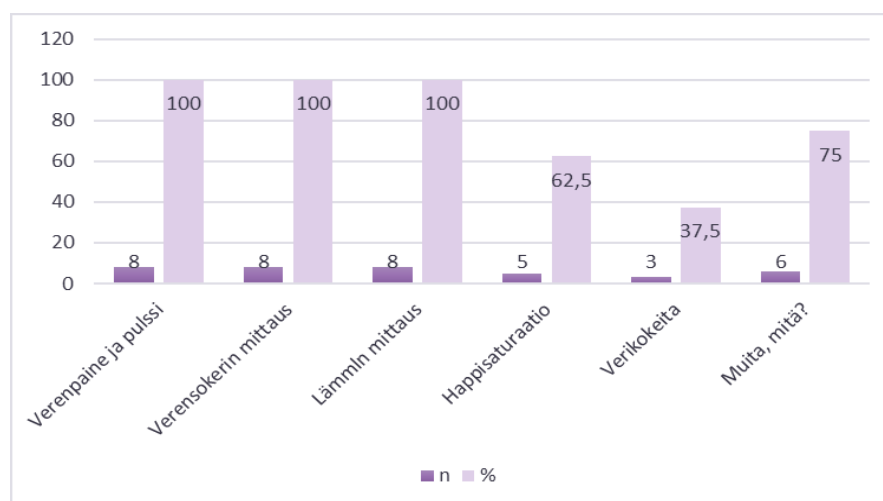
Kysyttäessä mitä tutkimuksia hoitajat tekevät, kaikki kahdeksan (100 %) kertoi mittaavansa asiakkaalta verenpaineen ja pulssin, verensokerin ja lämmön. Viisi vastaajaa (63%) kertoi mittaavansa lisäksi happisaturaation ja kolme (38 %) ottavansa verikokeita. (Taulukko 8.) Yksi oli kommentoinut valitseman happisaturaation perään:

Jos kotona SpO2 mittari, kh:lla ei ole omaa.

Toinen oli kommentoinut verikoe-vaihtoehtoon perään:

Jos voi seurata, ettei tarvitse lähettää eteenpäin.

Taulukko 8. Asiakkaille tehtäviä tutkimuksia (N 8).



Kuusi vastaajaa (75 %) kertoi tekevänsä myös muita tutkimuksia. Vastajien kommentteja muista tutkimuksista on listattu seuraavaksi.

Virtsanstiksaus.

Neurologiset testit/stiksaus.

Jos valittaa vatsakipua-painelu. Jos kaatunut- voiko liikuttaa käsiä/jalkoja, puristusvoima, Jos Marevan asiakas, otan hoilNR-kokeen.

Paino.

Käden puristusvoimat, liikkuminen, rotaatiotutkimukset.

Toki riippuu oireista ja sairauksista mitä tehdään.

Vastaajia pyydettiin myös kertomaan mihin muihin asioihin he kiinnittävät huomiota asiakkaan voinnissa. Vastauksissa mainittiin psyykkiset tekijät, kuten mieliala, sekavuus ja harhat, yleistila sekä muutokset asiakkaan toimintakyvyssä, kuten liikkumisessa ja puheessa. Lisäksi mainittiin turvotusten, painon, hengityksen, ihon värin ja lämmön, raajojen liikkuvuus ja puhekyky.

Kivusta kyselen ja seuraan liikkumista. Ihon väriä ja lämpöä tarkkailen, samoin onko turvotuksia. Puhekykyä sekä raajojen liikkuvuutta testaan. Hengitystä tarkkailen niin paikallaan ollessa kuin liikkuessakin.

Liikkuminen, toimintakyky, puheentuotto, sekavuus/mieliala/harhat.

Ihon väri/yleinen vointi. Onko orientoitunut aikaan ja paikkaan. Pitkässä hoitosuhteessa huomaa herkästi poikkeamat.

Omaisien haastattelua...

Yleistilaan, jos tuttu niin mitä muutoksia puheessa, liikkumisessa, hengästyykö, ahdistaa. Painon nousu (jos esim. sydämen vajaatoiminta).

Mieliala, psyk. asiakkailta etenkin -> lääkityksen toteutuminen oikein.

Kyselyssä haluttiin tietää myös hoitajien kokemuksia hoidon tarpeen arviointia helpottavista ja vaikeuttavista tekijöistä. Useassa vastauksessa helpottavaksi tekijäksi mainittiin asiakkaan tunteminen entuudestaan. Myös hyvät kirjaukset, kokemus ja ammattitaito, hyvät työvälineet, yhteistyö omaisten, työkavereiden ja lääkärin kanssa ja riittävä aika koettiin helpottaviksi tekijöiksi.

Helpottaa se, että tuntee asiakkaan ja tietää hänen toimintakykynsä yms. jo entuudestaan.

Kokemus helpottaa.

Omaisten kertomukset helpottavat sekä työkaverin tieto auttaa arvioinnissa.

Asiakkaan tunteminen entuudestaan, kunnon välineet, riittävä aika ja ammattitaito, yhteistyö muiden toimijoiden kanssa (esim. lääkärintavoitettavuus).

Jos potilas/asiakas tuttu - Selvästi kunto heikentynyt - edelliset hyvät kirjaukset.

Työtä vaikeuttaviksi tekijöiksi mainittiin asiakkaan tuntemattomuus, itsenäinen päätöksenteko ja asiakkaan muistamattomuus tai huonovointisuus niin, ettei hän osaa kertoa itse tapahtunutta tai arvioida vointiaan. Myös asiakkaiden ”skarppaus” tai oireiden vähättely koettiin arviointia vaikeuttavaksi tekijäksi. Lisäksi mainittiin vielä puutteelliset välineet ja tiukka aikataulu.

Vaikeuttaa se, että jos ei tunne asiakasta entuudestaan. Lisäksi se on vaikeaa, kun yksin pitää pystyä tekemään päätöksiä.

Asiakkaan muistamattomuus/huonokuntoisuus, puutteelliset työvälineet.

Jos asiakas esim. muistisairauden takia ei osaa kertoa tapahtunutta.

Jos asiakas yrittää ”skarppata” tai vähättelee omaa vointiaan. Jos en tunne ks. olevaa asiakasta aiemmin, voinnin seuranta aiempaan verrattuna on vaikeampaa.

Toisinaan tiukka aikataulu tuo haasteita...

Vaikeaa se, kun yksin pitää pystyä tekemään päätöksiä.

Vaikeuttaa se, jos ei tiedä asiakkaan sairaushistoriaa.

8.3 Päätöksenteko ja jatkohoidon suunnittelu

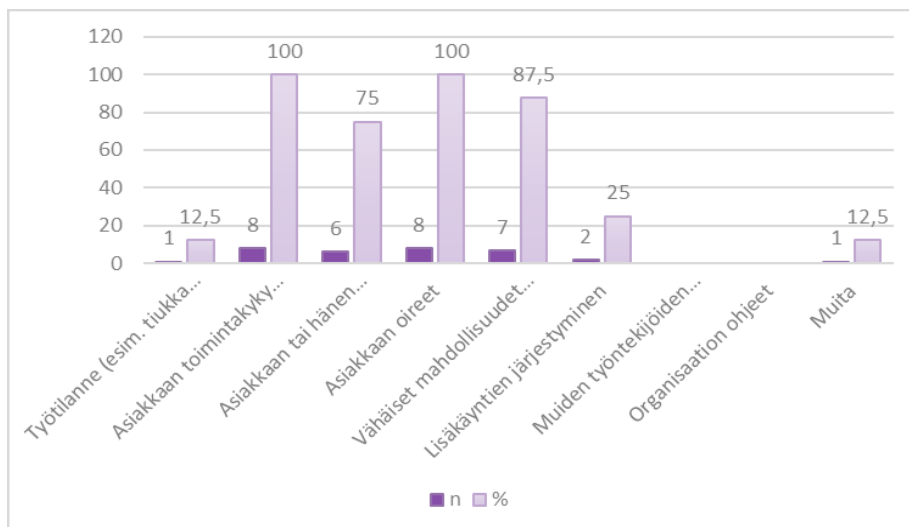
Seuraavaksi haluttiin tietää mitkä tekijät vaikuttavat päätöksentekoon siitä, hoidetaanko asiakasta kotona vai lähetetäänkö hänet päivystykseen. Kaikki kahdeksan vastaajaa (100 %) kertoivat asiakkaan toimintakyvyn verrattuna aikaisempaan sekä oireiden vaikuttavan jatkohoitosuunnitelmaan. Seitsemän vastaajaa (87,5 %) oli valinnut vaikuttavaksi tekijäksi lisäksi vähäiset mahdollisuudet hoitaa kotona ja kuusi (75 %) kertoi ottavansa huomioon asiakkaan tai hänen omaisensa mielipiteen. Heistä kaksi oli kommentoinut sen vastauksen perään seuraavaa:

Painotettuna asiakkaan oma näkemys yhdistettynä muuhun hoidon tarpeen arvioon, esim. pelkotilat/turvattomuus.

Joissain tapauksissa.

Kaksi (25 %) oli valinnut lisäkäyntien järjestymisen ja yksi (12,5 %) työtilanteen, esimerkiksi tiukan aikataulun (Taulukko 9.)

Taulukko 9. Jatkohoidon valintaan vaikuttavia tekijöitä (N 8).

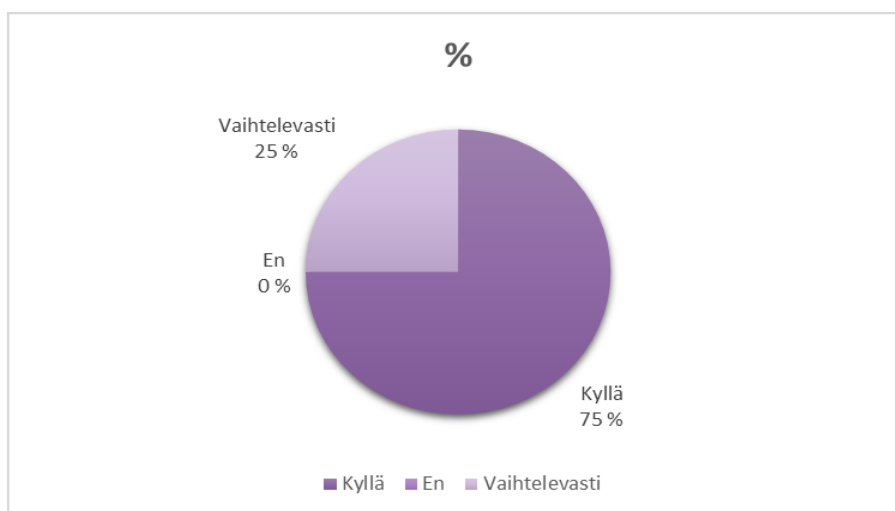


Yksi vastaaja oli muuksi syyksi kertonut seuraavaa

Olen huomannut, että ambulanssi ei herkästi vie Hyvinkäälle hoitoon (klo 7-18 ulkopuolella).

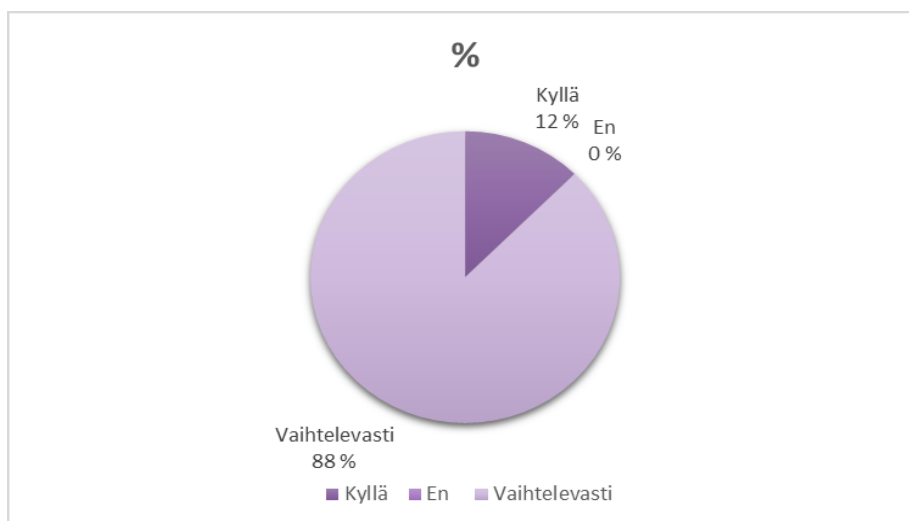
Vastaajilta kysyttiin kokevatko he saavansa muilta työntekijöiltä tukea päätöksentekoonsa. Heistä kuusi (75 %) oli sitä mieltä, että saavat ja kaksi (25 %) koki tuen saannin olevan vaihtelevaa (Kuva 2). Yksi kyllä- vaihtoehdon valinnut oli kommentoinut vastauksensa perään

Kunhan vaan on työvuorossa muitakin!



Kuva 2. Saatko muilta työntekijöiltä tukea päätöksenteossa? (N 8).

Lääkärin tavoitettavuutta kysyttäessä vastaajista yksi (12,5 %) oli saanut kotihoidon lääkäriin yhteyden aina tarvittaessa virka-aikana (klo 8-16). Seitsemän vastaajaa (87,5 %) taas oli sitä mieltä, että yhteyden saa vaihtelevasti (Kuva 3).



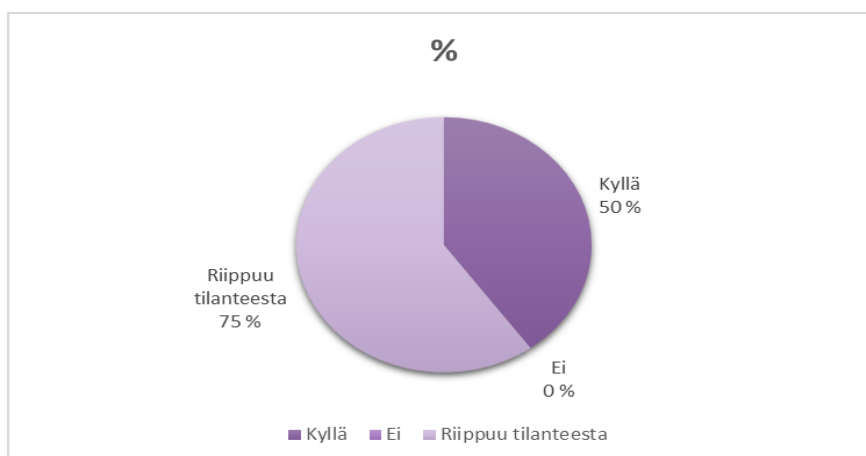
Kuva 3. Saatko lääkäriin yhteyden virka-aikana? (N 8)

Hoitajilta kysyttiin vielä saavatko he päivystyksestä tukea päätöksenteolle. Kaikki kahdeksan vastaajaa (100 %) oli sitä mieltä, että päivystystä voi konsultoida ja olivat myös tehneet niin joskus. Yksi vastaaja oli kommentoinut aihetta vielä seuraavasti

Jos kh:n lääkäri pois, niin konsultointi päivystyksestä. Mahdollisuuksien mukaan myös TK:n lääkärit!

8.4 Kotihoidon mahdollisuudet hoitaa akuutisti sairastuneita

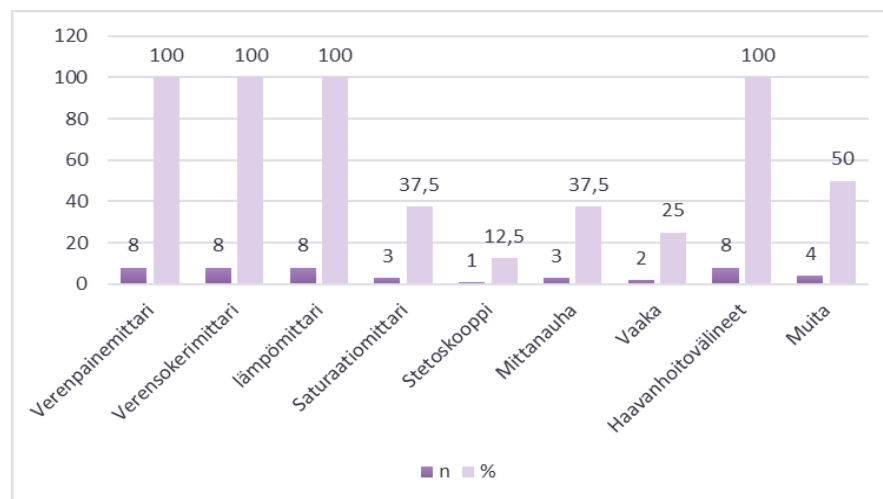
Seuraavaksi haluttiin tietää hoitajien omia mielipiteitä siitä, voidaanko akuutisti sairastunutta hoitaa kotona. Vastaajista neljä (50 %) oli sitä mieltä, että akuutisti sairastuneita voidaan hoitaa kotona. Kuusi (75 %) taas oli sitä mieltä, että se riippuu tilanteesta. Kaksi vastaajaa oli vastannut sekä kyllä että riippuu tilanteesta (Kuva 4).



Kuva 4. Onko kotihoidossa mahdollisuus hoitaa akuutisti sairastuneita? (N 8)

Seuraava kysymys koski kotikäynnillä mukana olevia hoitotarvikkeita. Kaikilla kahdeksalla vastaajalla (100 %) on mukana kotikäynnillä verenpainemittari, verensokerimittari, lämpömittari ja haavanhoitovälineitä. Saturaatiomittari oli mukana kolmella vastaajista (37,5 %), stetoskooppi yhdellä (12,5 %), mittanauha kolmella (37,5 %) ja vaaka kahdella (25 %) vastaajista. Puolet vastaajista (50 %) oli listannut lisäksi muita välineitä ja heistä neljä kertoi pitävänsä mukanaan verinäytteenottovälineitä. Yksi vastaajista kertoi ottavansa mukaan myös INR pikamittarin, hanskat, käsidesiä, PLV purkin ja tarvittaessa i.v.-välineet (Taulukko 10).

Taulukko 10. Kotikäynnillä käytössä olevat tarvikkeet.



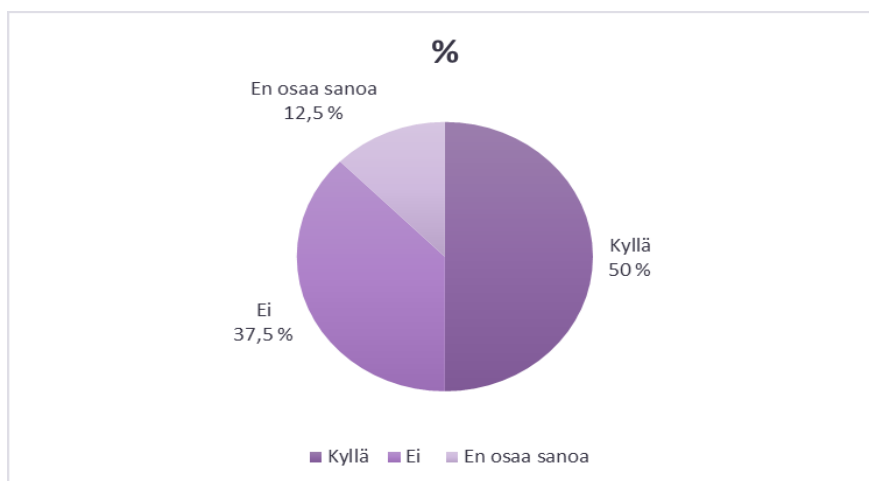
Apuvälineiden saantia kysyttäessä neljä vastaajaa (50 %) oli sitä mieltä, että kotiin saa järjestettyä apuvälineitä saman päivän aikana. Yksi vastaaja oli kirjoittanut tarkennuksen vastauksen perään.

Riippuu tilanteesta, arkena useimmiten ehkä. Viikonloppuna ei.

Kolme (37,5 %) vastaajista oli sitä mieltä, että apuvälineitä ei saa lainattua saman päivän aikana ja yksi (12,5 %) ei osannut sanoa (Kuva 5.) Kaksi vastaajaa oli kommentoinut vielä ei- vaihtoehdon perään seuraavaa

Harvoin

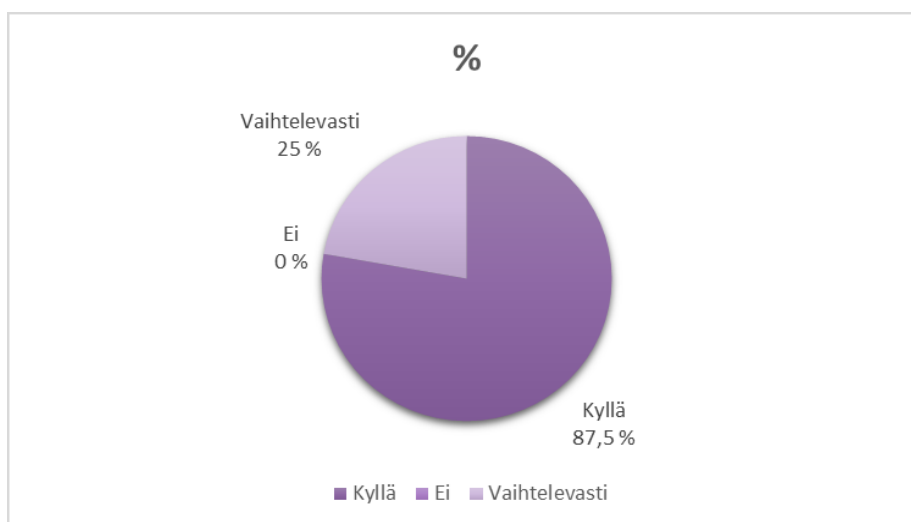
Riippuu apuvälineestä, mutta harvemmin.



Kuva 5. Saako kotiin järjestettyä apuvälineitä saman päivän aikana? (N 8).

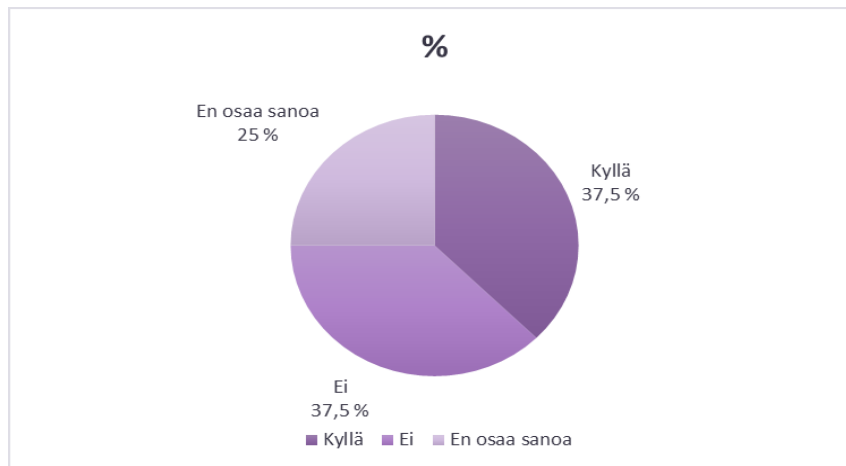
Myös lisäkäyntien järjestymisestä kysyttiin. Seitsemän vastaajaa (87,5 %) koki, että lisäkäyntien järjestyminen tarpeen mukaan asiakkaalle on mahdollista. Kaksi (25 %) oli taas sitä mieltä, että lisäkäyntejä saa vaihtelevasti. (Kuva 6.) Yksi vastaaja oli valinnut sekä vaihtoehdon kyllä, että vaihtelevasti ja kommentoinut

Riippuu asiakkaan ja omaisen mielipiteistä.



Kuva 6. Saako lisäkäyntejä järjestettyä asiakkaalle tarpeen mukaan? (N 8)

Kysyttäessä otetaanko mahdolliset akuutit tilanteet huomioon hoito- ja palvelusuunnitelmassa, kolme vastaajista (37,5 %) vastasi, että kyllä otetaan, kolme (37,5 %), että ei oteta ja kaksi (25%) ei osannut sanoa (Kuva 7).



Kuva 7. Otetaanko akuutit tilanteet huomioon palvelu- ja hoitosuunnitelmassa? (N 8).

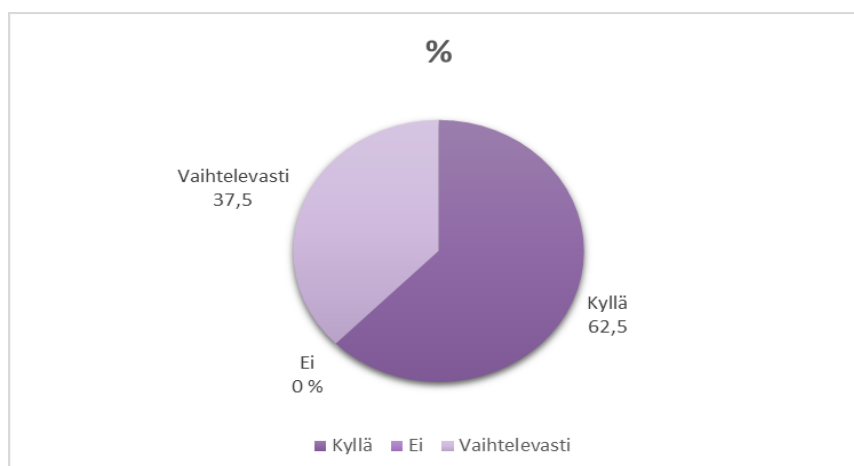
Kun kysyttiin, löytyykö kotoa ajantasaisia tietoja asiakkaan perussairauksista ja käytössä olevista lääkkeistä, viisi vastaajista (62,5%) vastasi, että kyllä löytyy (Kuva 8). Heistä kaksi oli kommentoinut valitsemansa kyllä-vastauksen perään

Lisää tietoja mobiililaitteesta (perussairauksista ei tietoa kotona)

Pitäisi löytyä, satunnaisia tapauksia on, ettei aina löydy

Kolme vastaajaa (37,5%) oli sitä mieltä, että tiedot löytyvät vaihtelevasti. Yksi heistä oli kommentoinut valitsemansa vaihtelevasti vastauksen perään

Useimmiten kyllä. Joskus tiedot vanhentuneita, ei ajan tasalla. Uusille asiakkaille ei aina olla ennätetty viedä tietoja kotiin akuuttitilanteen sattuessa



Kuva 8. Löytyykö kotoa ajantasaiset tiedot sairauksista ja lääkityksestä? (N 8).

Jatkokysymys edelliseen selvitti sitä, käyttävätkö hoitajat näitä tietoja hyväksi asiakkaan tilanteen selvittelyssä. Kaikki kahdeksan vastaajaa (100 %) kertoi käyttävänsä tietoja perussairauksista ja lääkityksestä hyväksi hoidon tarpeen arvioinnissa.

Samalla kysyttiin, löytyvätkö tiedot mahdollisesta hoitotahdosta ja DNR päätöksestä helposti (Kuva 9.) Kuusi vastaajista (75%) koki tietojen olevan selkeästi esillä ja kolme heistä oli kommentoinut valitsemansa Kyllä- vaihtoehdon perään

Pääsääntöisesti.

Mobiililaitteella tiedot.

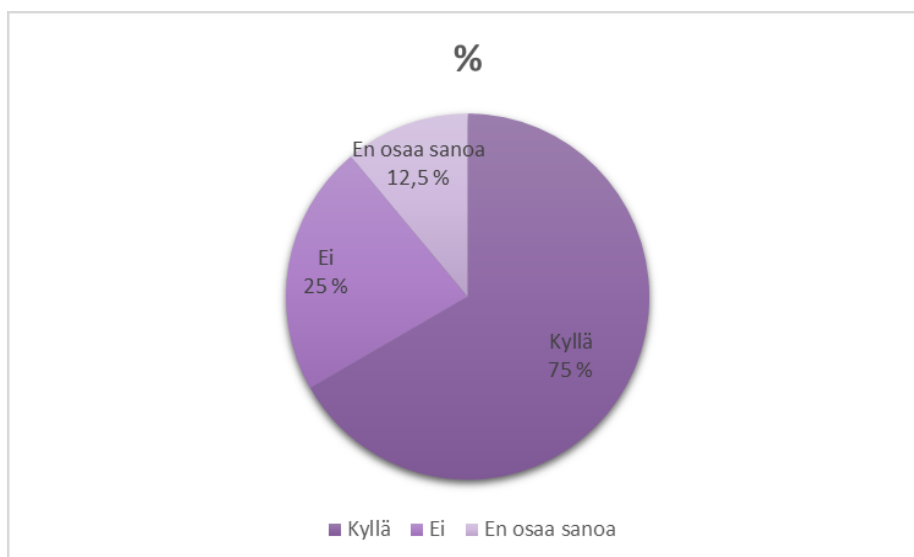
On puhelimessa.

Yksi vastaaja oli valinnut kyllä vastauksen lisäksi myös ei ja kommentoinut vastauksen perään

Pitäisi olla asiakkaan kansiossa kotona.

Yksi vastaaja (12,5 %) koki etteivät tiedot ole selkeästi esillä ja yksi (12,5 %) ei osannut sanoa. Ei- vaihtoehdon valinnut kommentoi vastauksen perään

Ei aina. On pyritty siihen, että vihreässä kansiossa kotona tieto olisi. Tietokoneella/Efficalla sekä hoitotahto että DNR usein hyvin kirjattuna.

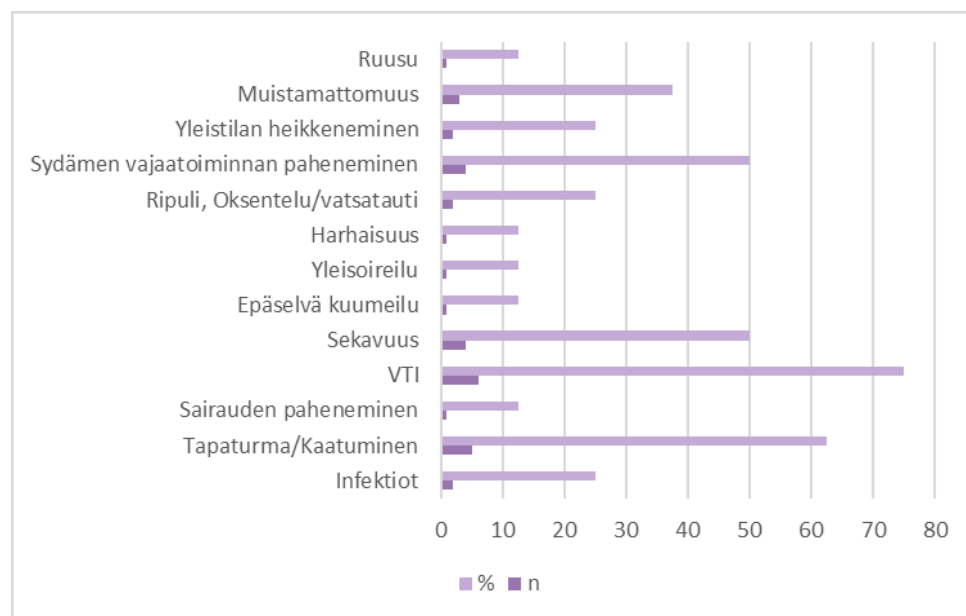


Kuva 9. Onko tiedot mahdollisesta hoitotahdosta ja DNR -päätöksestä selkeästi esillä? (N 8)

8.5 Akuuttien tilanteiden ennakointi ja työn kehittäminen

Vastaajilta kysyttiin myös heidän omia kokemuksiaan siitä, mitkä ovat yleisimmät syyt, joiden vuoksi asiakas joudutaan lähettämään päivystykseen. Taulukkoon 11 on listattu vasutaukset. Vastaajien kokemusten mukaan yleisin syy on virtsatieinfektio, jonka oli maininnut kuusi vastaajaa (75%). Toiseksi yleisimmäksi syyksi nousi tapaturma tai kaatuminen, jonka oli kirjannut viisi vastaajaa (62,5%). Sydämen vajaatoiminnan ja sekavuuden kirjasi yhdeksi syyksi puolet, eli neljä vastaajaa (50 %). Muistamattomuuden mainitsi kolme (37,5 %) ja yleistilan heikkenemisen, vatsataudin sekä infektiot kaksi vastaajaa (25%). Ruusu, yleisoireilu, epäselvä kuumeilu, harhaisuus, ruusu ja perussairauden paheneminen mainittiin kerran.

Taulukko 11. Hoitajien kokemat yleisimmät päivystykseen lähettämisen syyt.



Kyselyssä selvitettiin myös hoitajien kokemusta siitä, voisiko akuutteja tilanteita ennakoida ja jos voisi niin miten. Vastaajat kokivat aktiivisen kuntoutuksen, sairauksien hyvän hoidon ja seurannan, omahoitajuuden, huolellisen kirjaamisen sekä riittävän hyvän perehdytyksen sairauksien hoitoon ennaltaehkäisevän äkillisiä sairastumisia. Muutama hoitaja myös koki ennaltaehkäisyn vaikeaksi.

Sairauksien pitäminen hoitotasapainossa. Hoitajien riittävä perehdyttäminen eri sairauksien seurantaan ja hoitoon. Seurannat (mittaukset säännöllisesti).

Kaatumisia apuvälineillä.

Kuuntelemalla asiakasta ja tehdä havainnot ajoissa, esim. virtsan stiksaamalla. Seurata turvotuksia.

Esim. sydämen vajaatoiminnan ennakoiminen ja ennaltaehkäisy.

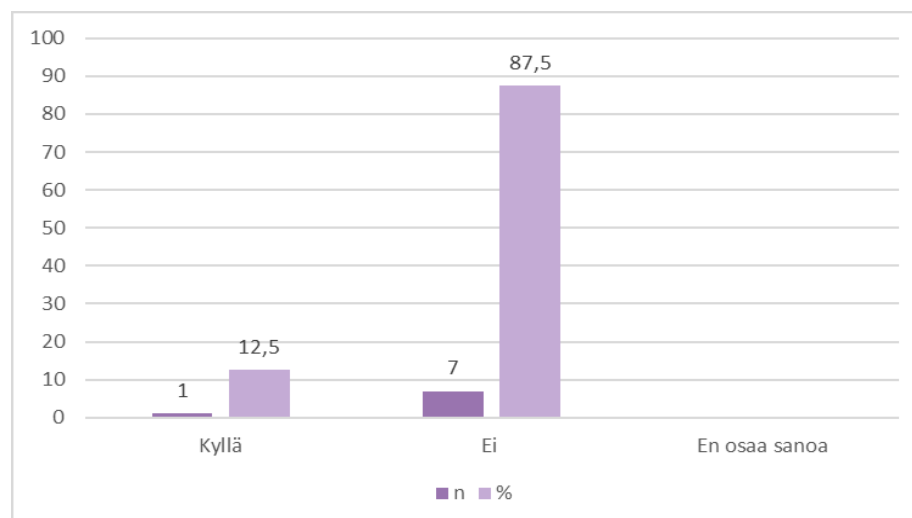
VTI:n oireita välillä vaikea huomata ajoissa. Kirjaaminen asiakkaan voinnista on tärkeää. Tässä onkin hyvä, että on toimiva vastuuhoidajuus, jotta on joku, joka asiakkaan tuntee hyvin ja huomaa herkemmin muutokset voinnissa.

Vaikea sanoa, niitä vain tulee. Jos asiakas jo niin huonossa kunnossa, että on usein sairaalahoidossa ja taasen kotona, on yleistilanne sellainen, että tarpeeksi ajoissa pitäisi puuttua kotona pärjäämättömyyteen. Kotiutetaan liian huonossa kunnossa.

Niitä ehkäistään niin paljon kuin mahdollista, esim. kuntoutus, jumppa, ulkoilu, lonkkahousut. Kerrotaan asiakkaalle riskeistä, mitkä häntä koskettaa.

Vastaajista seitsemän (87,5 %) kertoi, ettei hoidon tarpeen arvioinnista ole järjestetty koulutusta. Yksi vastaaja (12,5 %) kertoi, että koulutusta on saanut koulussa. Hän oli kommentoinut myös, että lisävahvuutena on pitkä työkokemus (taulukko 12).

Taulukko 12. Onko akuuttiin hoidon tarpeen arvioon järjestetty koulutusta? (N 8)



Kaikki kahdeksan vastaajaa (100 %) oli sitä mieltä, että koulutuksesta olisi hyötyä akuutisti sairastuneen hoidon tarpeen arviointiin.

Kyselyn loppuun pyydettiin vastaajia kertomaan omia ehdotuksia siitä, miten akuutisti sairastuneen hoidon tarpeen arviointia voitaisiin kehittää. Vastaukset on kirjoitettu alle.

Saamalla koulutusta. Omasta mielestäni asia on hyvin hallussa. Aina voi konsultoida.

Koulutusta säännöllisesti kaikille.

Tilanteisiin puuttuminen herkemmin? Toisaalta taas vaikeaa, kun ei saisi liikaa mennä rahaa esimerkiksi näytteiden ottoon. Mutta esimerkiksi virtsan stiksausta voisi herkemmin tehdä. Kirjaamisen tärkeys!

Järjestämällä koulutusta (ulkopuolinen hlö) tai henkilökunnan kesken käydä läpi akuuttiin hätään liittyviä oireita/merkkejä.

Koulutus kaikille työntekijöille. Selkeät toimintaohjeet siihen, milloin voidaan hoitaa kotona, milloin sairaalaan. Toiminnanohjausjärjestelmää pitäisi kehittää (mobiilisovellus laajemmaksi) niin, että saa asiakkaasta riittävästi tietoja kotikäynnillä.

Hoitajille lisää koulutusta eri sairauksista, niiden seurannasta ja hoidosta. Yhteistyön korostaminen. Varhainen puuttuminen asiakkaan vointiin/sen huononemiseen. Eri sairauksiin tietyt ”vakioidut seurannat”, jotka helppo oppia/suunnitella viikko-ohjelmalle valmiiksi. Ajatus siitä ”miksi teemme mitauksia”, mitä teen saaduilla arvoilla ja niiden tuloksilla. Antavat informaatiota jonka mukaan pitäisi toimia.

Asiaan voitaisiin paneutua tiimipalaverissa ja asioista olisi hyvä keskustella/oppia. Koulutusta kaikille.

Käynneillä hyvä kontakti asiakkaaseen, vastuuhoitaja usein oman asiakkaan luona. Hyvä kirjaaminen.

9 POHDINTA

Tuloksia tarkasteltaessa huomio kiinnittyy pieneen otoskokoan. Tätä asiaa on pohdittu erikseen tutkimuksen luotettavuutta käsittelevässä kappaleessa. Tässä voi kuitenkin todeta, ettei tuloksia voida yleistää perusjoukkoon, mutta ne antavat hieman suuntaa hoitajien kokemuksista.

Kyselyn vastauksista käy ilmi, että kaikki kohtaavat akuutisti sairastuneita kuukausittain tai useammin ja hoidon tarpeen arviointi on joskus helpompaa, toisinaan taas haastavampaa. Hoidon tarvetta arvioidaan kokonaisvaltaisesti käyttäen apuna erilaisia mittareita, havainnointia ja muiden työntekijöiden, lääkärin ja omaisten konsultointia.

Vastausten mukaan hoitajilla on käynneillä mukanaan kattavasti hoitovälineitä ja mittareita ja niitä käytetään asiakkaan tilan selvittämiseksi. Kuitenkin happisaturaatiomittari löytyy vain yhdeltä alueelta ja stetoskooppi on mukana vain yhdellä sairaanhoitajalla. Niin happisaturaatiomittari kuin stetoskooppi antaisivat tärkeää tietoa asiakkaan voinnista, joten herää ajatus voisiko niitä saada kotihoitoon hieman enemmän. Yksi vastaaja kertoi käytössä olevien resurssien vaikuttavan esimerkiksi verikokeiden ottamiseen. Tämä on tämänhetkisessä taloudellisessa tilanteessa ymmärrettävää ja on tärkeää aina arvioida verikokeiden tarkoitus ja tarpeellisuus kussakin tilanteessa.

Tämän opinnäytetyön kyselyn mukaan asiakkaan tunteminen nousi merkittävästi esiin kommentteissa hoidon tarpeen arviointia helpottavista tekijöistä. Myös aiempien tutkimusten perusteella omahoitajuus helpottaa asiakkaan hoitoa akuuteissa tilanteissa (Haapamäki ym. 2017, 29). Vaikeuttavista tekijöistä esiin nousi selkeästi asiakkaan tuntemattomuuden lisäksi se, jos asiakas ei itse kykene kertomaan omasta voinnistaan esimerkiksi muistisairauden vuoksi.

Asiakkaan oireet ja toimintakyky verrattuna aikaisempaan ovat merkittävimmät syyt, joiden perusteella tehdään päätöksiä jatkohoidosta. Muutamuissa vastauksissa esiin nousivat myös työtilanne, kuten kiire, sekä lääkärin käyntien järjestymisen mahdollisuus. Ala-Nikkolan tutkimuksen (2003, 93-94) mukaan asiakkaat saavat palveluja kotihoidossa usein juuri toimintaehtojen ja resurssien mukaan. Näin ollen voisi ajatella, että hoito ei ole aina asiakkaan tarpeista lähtevää vaan ennemminkin kotihoidon resurssien määräämää. Yksilöllisen ja asiakaslähtöisen hoitotyön kannalta hoidon tulisi lähteä aina asiakkaan tarpeista ja resurssien olisi oltava sellaiset, että niin voidaan toimia. Nykytilanteessa resurssien riittävyyteen vaikuttaa paljon varmasti taloustilanne.

Erään vastaajan huomio siitä, ettei ambulanssi kuljeta asiakkaita mielellään Hyvinkään sairaalaan iltaisin, öisin ja viikonloppuisin, voi olla hyvinkin mahdollista. Isojen sairaaloiden päivystykset ovat ruuhkautuneet sitä mukaa kun kuntien terveyskeskusten päivystykset ovat siirtyneet toimimaan vain päivisin. Sairaalat ovat pyrkineet tehostamaan toimintaansa, jotta kaikki apua tarvitsevat saadaan hoidettua, mutta lisääntyvä potilasmäärä vaatii edelleen työn uudelleen organisointia. Tämä on oma kokemukseni siltä ajalta, kun olin Hyvinkään sairaalan päivystyksessä työharjoittelussa. Tulevaisuudessa yhteistyö päivystyksen, ensihoidon ja kotihoidon kesken on yhä tärkeämpää ja sitä kannattaa kehittää.

Tärkeä vastauksissa esiin noussut asia on myös se, että muutama hoitaja koki saavansa tukea muilta työntekijöiltä vaihtelevasti. Toinen merkittävä seikka on se, että lääkäriä ei tavoiteta aina kun tarvitsee. Monen tutkimuksen mukaan juuri lääkärin tavoitettavuuden lisääminen helpottaa hoidon tarpeen arviointia ja auttaa ehkäisemään turhia päivystyskäyntejä. (Haapamäki ym. 2017, 29.) Tästä Porvoon kaupunki on hyvä esimerkki. Siellä

hoitajien geriatrisen osaamisen lisääminen yhdessä lääkärin tavoitettavuuden laajentamisen kanssa toi mukanaan merkittäviä säästöjä (Finne-Sover ym. 2014).

Huomiota kannattaa kiinnittää myös lisäkäyntien järjestymiseen tarpeen mukaan. Pääsääntöisesti lisäkäyntien järjestyminen onnistuu hyvin. Kyseilyn vastauksista voidaan kuitenkin myös päätellä, että joissain tapauksissa asiakkaan hoitoon ja hoitopaikan valintaan vaikuttaa se, ettei lisäkäyntejä voida resurssien vuoksi järjestää. Tähän osasyynä saattaa olla toiminnan-ohjausjärjestelmä ja se että toisinaan hoitajien päivät ovat jo valmiiksi aikataulutettu täyteen. Tähän taas vaikuttaa esimerkiksi henkilökunnan äkilliset sairastumiset. Töitä olisi hyvä suunnitella niin, että aikataulussa on hieman väljyyttä akuuttien tilanteiden varalta.

Vastauksissa nousi esiin huolellisen kirjaamisen merkitys, joka mainittiin myös yhdeksi hoidon tarpeen arviointia helpottavaksi tekijäksi. Vastausten perusteella kotoa löytyi tieto asiakkaan perussairauksista, lääkityksestä ja mahdollisesta hoitotahdosta sekä DNR päätöksestä pääsääntöisesti hyvin. Muutama vastaaja ei ollut kuitenkaan samaa mieltä tai ei osannut sanoa mistä tiedot löytyvät. Tähän olisi hyvä kiinnittää jatkossa huomiota, jotta tiedot löytyisivät helposti, kun niitä tarvitaan.

Vastaajien kokemukset akuutisti sairastuneen hoidon tarpeen arvioinnista vastaavat monelta osin Suomessa ja maailmalla saatuja tutkimustuloksia. Esimerkiksi Suomessa Haapamäen ym. (2017, 19) tekemän tutkimuksen mukaan yleisimpien syiden joukossa oli sydän- ja verisuonisairauksia, infektioita, kuten keuhkokuume ja virtsarakontulehdus, sekä yleinen huonovointisuus. Niin ikään Kanadassa ja Ruotsissa yleisimmät syyt liittyivät sydän- ja verenkiertosairauksiin, keuhkojen toiminnan häiriöihin, kaatumisiin sekä infektioihin (Latham & Ackroyd-Stolarz 2014; Kirsebom ym. 2013). Tämän opinnäytetyön kyselyssä hoitajat mainitsivat syiksi samoja oireita, kuten sydämen vajaatoiminnan, tapaturmat ja infektiot. Lisäksi he mainitsivat vielä muistamattomuuden pahenemisen yhdeksi syyksi.

Edellisen perusteella hoitajat tietävät yleisimmät syyt, joiden vuoksi asiakkaita joudutaan lähettämään päivystykseen. Niiden ennaltaehkäisyllä voidaan tutkimusten mukaan vähentää sairaalajaksoja ja hoitajien kouluttaminen yleisimpien sairauksien hoitoon ja seurantaan auttaisi havaitsemaan ajoissa muutoksia voinnissa ja parantaisi reagointia voinnin muutoksiin. (Haapamäki ym 2017, 29.) Tämän työn kyselyssä vastaajista kaikki olivat sitä mieltä, että koulutuksesta olisi apua. Lisäksi hoidon tarpeen arvioinnista akuuteissa tilanteissa toivottiin yhteistä toimintamallia ja ohjeita etenkin siihen, milloin asiakas lähetetään päivystykseen.

Tuloksien yhteenvedona voisi todeta, että hoitajien geriatrisen osaamisen ja lääkärin tavoitettavuuden lisääminen edesauttaisi hoitoa ja sen sujuvuutta. Lisäksi omahoitajuus ja perussairauksien hyvä hoito ja seuranta ovat omiaan ennaltaehkäisemään akuutteja sairastumisia. Tärkeää olisi

tuntea asiakkaat ja reagoida jo pieniinkin muutoksiin ajoissa. Myös yhteistyön lisääminen eri hoitoyksiköiden kesken on tärkeää ja etenkin niin että vanhustyötä kehitetään kokonaisuutena eikä ainoastaan jokaisessa yksikössä erikseen.

Tämä opinnäytetyö on prosessina ollut melko pitkä, mutta erittäin mielenkiintoinen. Työn yhtenä tavoitteena oli juuri tutkimusprosessin oppiminen. Jouduin ottamaan paljon selvää tutkimuksen ja opinnäytetyön tekemisestä ja voin nyt sanoa, että osaan lähestyä seuraavaa työtä paljon suunnitelmallisemmin. Laadin tehtävät jokaiselle kuukaudelle tämän prosessin ajalle ja suunnittelemani aikataulu on pitänyt.

Halusin tehdä työn, jossa pääsen harjaannuttamaan vuorovaikutus ja yhteistyötaitojani. Pääasiassa yhteistyökumppaneitani olivat kotihoidon esimies, alueiden vastuusairaanhoitajat sekä kyselyyn osallistuvat työntekijät. Mielestäni yhteistyö sujui hyvin ja yritin tehdä niin, miten yhdessä suunniteltiin ja sovittiin. Pidin työelämästä nousseita ideoita ja toiveita tärkeinä, sillä niiden avulla työn lopputulos sopii paremmin tilaajan tarpeisiin. Koen yhteistyötaidoista olevan aina apua työelämässä ja ne korostuvat vielä alati muuttuvissa sosiaali- ja terveyspalveluissa. Myös asiakkaiden hoito on yhä enemmän moniammatillista tiimityöskentelyä, joten hyviä vuorovaikutustaitoja tarvitaan.

Halusin kehittää myös omaa ammattitaitoani liittyen akuutisti sairastuneen hoidon tarpeen arviointiin sekä saada selville eri yhteistyökumppanien, kuten ensihoidon ja päivystyksen, näkemystä ikääntyneiden hoidosta. Vaikka tiedän ikääntyneiden hoitoon kuuluvia organisaatioita jo ennestään tehtyäni heidän kanssaan paljon yhteistyötä, sain tämän työn kautta hyvän kuvan eri hoitotahojen tavoitteista. Opin ajattelemaan hoitoa myös esimerkiksi päivystyksen kannalta. Sain eri tutkimusten kautta selville myös hieman niitä asioita, jotka vaatisivat kehittämistä eri hoitotahojen yhteistyössä. Kaikkien edellä mainittujen lisäksi olen saanut kokonais kuvaa siitä, mitä tulee tapahtumaan vanhusten hoidossa tulevaisuudessa. Näin ollen osaan itsekin varautua muutoksiin paremmin ja tiedän, mitä esimerkiksi hoitajilta vaaditaan. Olenkin tämän työn aikana pohtinut paljon omia työskentelytapojani ja löytänyt niistä myös kehitettävää.

Itselleni yhdeksi kipukohdaksi nousi tutkimusmenetelmän valinta. Olin ajatellut käyttäväni vain laadullista menetelmää, mutta työn edetessä mukaan tuli melko vahvasti myös kvantitatiivinen lähestymistapa, etenkin aineistonkeruun ja analysoinnin osalta. Lopputuloksen kannalta olisi ollut parempi, jos otoksen koko olisi ollut suurempi. Se olisi osaltaan parantanut myös työn luotettavuutta.

Aineistokeruussa käytetty kyselylomake onnistui mielestäni vastaamaan niihin asioihin, joista halusin saada tietoa. Kyselyn yhteydessä pyysin vastaajia kirjoittamaan myös palautetta itse kyselylomakkeesta. Palautteen mukaan kysely oli selkeä, kattava ja sopivan pituinen. Kysymykset olivat

vastaajien mukaan hyvin valittuja, mutta muutama kysymys oli sellainen, että ne voisi ymmärtää eri tavoilla. Kysymystä yhdeksän tarkensin vastaajille suullisesti heidän kysyttyään mitä tarkoitetaan vähäisillä mahdollisuuksilla hoitaa kotona. Yhden vastaajan mukaan kysely pisti ajattelemaan, miten hän itse tekee hoidon tarpeen arviointia. Olen tyytyväinen, jos kysely herätti vastaajissa ajatuksia ja oman työn pohdintaa.

Olen saanut perehtyä moniin hyviin tutkimuksiin aiheesta ja kotihoidon kehittamisestä. Olen entistä vakuuttuneempi siitä, että kotihoidon työtä voidaan ja sitä kannattaa kehittää entistä hoidollisempaan suuntaan etenkin tilanteessa, jossa kodista on tulossa yhä enemmän ensisijainen hoitopaikka. Samalla joudutaan kuitenkin pohtimaan sitä, mihin vedetään rajan suhteen, mitä kaikkea kotihoidossa voidaan hoitaa ja ennen kaikkea on muistettava, että asiakkaan turvallisuus on etusijalla. Kotihoidon haasteena on juuri se, että asiakkaat joutuvat olemaan yksin suurimman osan päivästä. Toisaalta tähän saatetaan saada apua teknologialta, joka kehittyy huimaa vauhtia.

Mielestäni työn tavoitteet kehittämisohdotuksien ja yhtenäisten käytäntöjen löytymisen osalta täyttyivät. Työssä esiin nostettuja tutkimustuloksia sekä hoitajien omia kokemuksia voidaan käyttää hyödyksi kotihoidon työn kehittämiseen. Tutkimuksissa ja hoitajien vastauksissa esiin nousseet ehdotukset ovat mahdollisia ainakin osittain toteuttaa. Käytäntöjen yhtenäistämiseksi on laadittu jokaiselle kotihoidon alueelle tiivistetyt ohjeet hoidon tarpeen arvioinnista koskien äkillisesti sairastuneen asiakkaan hoitoa (liite 3). Loppujen lopuksi monella pienelläkin toiminnan muutoksella voi olla paljon vaikutusta työn sujuvuuteen.

9.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tämän opinnäytetyön eettisyys näkyy siinä, että minulla on ollut aito kiinnostus aiheeseen ja halu kehittää käytännön hoitotyötä. Kiinnostus on lähtenyt omasta työstäni kotihoidossa ja opiskelut ovat lisänneet mielenkiintoa erityisesti akuutisti sairastuneen hoitoa kohtaan. Työn on suunniteltu ja toteutettu rehellisesti ja kaikkiin yhteistyökumppaneihin ja kyselyyn osallistuviin on suhtauduttu kunnioittavasti, tasapuolisesti ja arvostavasti. Nurmijärven kunnalta on saatu tutkimuslupa.

Kysely on toteutettu niin, että osallistujat ovat saaneet mahdollisimman hyvin tietoa sen tarkoituksesta kutsukirjeen kautta (Liite 1). Kyselystä on käyty kertomassa myös sairaanhoitajien palaverissa, jolloin osallistujat ovat saaneet mahdollisuuden kysyä asiasta enemmän. Osallistuminen on ollut täysin vapaaehtoista ja siitä on saanut luopua koska vain. Osallistujien yksityisyyden suojaamisen on ollut tärkeää ja kysely on toteutettu anonymisti. Lomakkeita on säilytetty huolellisesti varmassa paikassa ja ne hävitetään työn valmistumisen jälkeen. Tuloksia on sitouduttu käyttämään vain tässä opinnäytetyössä.

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden kannalta on tärkeää tarkastella työn validiteettia, eli sitä, onko siinä mitattu juuri niitä asioita, joita on tarkoituskin mitata. Tärkeää on pohtia etenkin sitä, jääkö jokin tutkimuksen osa-alue mittamaatta. Ulkoinen validiteetti taas tarkoittaa sitä, kuinka hyvin tulokset voidaan yleistää tutkimuksen perusjoukkoon. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015 189.) Mielestäni olen saanut kyselyn avulla niitä tietoja ja kokemuksia hoitajilta kuin olen halunnut saada, mutta tuloksia ei voida yleistää perusjoukkoon otoksen pienen koon vuoksi.

Otoksen kokoon vaikutti se, että alun perin tarkoitus oli tehdä laadullinen tutkimus, johon tavoitteena oli saada mukaan kolmesta neljään hoitajaa jokaiselta alueelta. Tästäkin tavoitteesta jäätiin, sillä yhdeltä alueelta ei osallistujia ollut lainkaan. Näin ollen osallistujia oli vain kahdelta alueelta, yhteensä kahdeksan hoitajaa. Koska työstä muotoutui myös kvantitatiivisia ominaisuuksia sisältävä, etenkin juuri aineistonkeruun suhteen, otoksen koko jää turhan pieneksi. Uusintakyselykään ei tuottanut suurempaa osallistujamäärää. Se, miksi yhdeltä alueelta ei ole osallistujia tullut, voi johtua esimerkiksi hoitajien kiireestä tai aiheen valinta on ollut sellainen, ettei se ole ollut tarpeeksi mielenkiintoinen. Yksi syy saattaa myös olla se, että kyselyn toteutustapa sovittiin juuri sen alueen kanssa sähköiseksi. Otoksen jäädessä näin pieneksi, työn tuloksia ei voi yleistää perusjoukkoon. Ne voivat olla kuitenkin suuntaa antavia ja herättää alueilla aiheesta keskustelua. Luotettavuutta lisää hieman se, että kyselystä saadut kokemukset vastaavat melko hyvin aiempia tutkimustuloksia aiheesta.

Työn luotettavuuden kannalta on tärkeää, että lähteitä on tarkasteltu kriittisesti ja valittu vain luotettavia tutkimuksia, artikkeleita ja alan kirjallisuutta. Lähteitä on käytetty mahdollisimman monipuolisesti ja esiin on pyritty nostamaan näyttöön perustuvaa ja juuri tämän työn kannalta tärkeää tietoa. Mukaan on valittu lähinnä viiden vuoden sisällä tehtyjä tutkimuksia, mutta esimerkiksi potilaan hoitoa ja hoidollista päätöksentekoa koskeva kirjallinen aineisto on vanhempaa. Niissä on kuitenkin huomioitu esimerkiksi mahdolliset uudet hoitosuosituksset, eikä vanhentuneita ole käytetty.

Luotettavuutta on pyritty lisäämään myös niin, että koko työprosessi ja tulokset on esitetty mahdollisimman selkeästi, jotta lukija ymmärtää niiden kulun, eli puhutaan työn uskottavuudesta. Tuloksien esittelyssä on käytetty suoria lainauksia, jotka mahdollistavat sen, että lukija pystyy seuraamaan aineistonkeruuta. Tärkeää on ollut myös se, että työ on mahdollisimman objektiivinen eivätkä tekijän mahdolliset ennakko-oletukset ole ohjanneet työn muodostumista.

9.2 Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet

Tämän opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää kotihoidon työn kehittämisessä. Hoidon tarpeen arvioinnista akuutissa tilanteessa on tehty jokaisella alueella tiivistelmä, jota voidaan käyttää apuna esimerkiksi opiskelijoiden tai uusien työntekijöiden perehdyttämisessä.

Jatkotutkimusaiheina voisi olla esimerkiksi eri organisaatioiden, tässä tapauksessa päivystyksen, terveyskeskuksen ja kotihoidon yhteistyön kehittäminen. Lisäksi olisi tarpeen arvioida ja tutkia toiminnanohjausjärjestelmän toimivuutta esimerkiksi omahoitajuuden kannalta. Myös asiakkaiden kokemuksia niistä tilanteista, joissa he ovat sairastuneet ja joutuneet päivystykseen tai jääneet kotihoitoon, olisi mielenkiintoista saada tietoa.

LÄHTEET

Ala-Nikkola, M. (2003). *Sairaalassa, kotona vai vanhainkodissa?* Väitöskirja. ISSN 1455-1616. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy Juvenes Print.

Allin, S., Rudoler, D. & Laporte, A. (2017). Does Increased Medication Use among Seniors Increase Risk of Hospitalization and Emergency Department Visits? Haettu 6.9.2017 CINAHL tietokannasta.

Besga, A., Ayerdi, B., Alcalde, G., Manzano, A., Lopetegui, P., Grana, M. & Gonzáles-Pinto, A. (2015). Risk Factors for Emergency Department Short Time Readmission in Stratified Population. Haettu 6.9.2017 CINAHL tietokannasta.

Etelä-Karjalan sosiaali ja terveystyöryhmä. (2017). Yhden hengen päiväystyöyksikkö aloittaa Imatralla. Haettu 10.9.2017 osoitteesta <http://www.eksote.fi/eksote/ajankohtaista/2017/Sivut/Yhden-hengen-p%C3%A4ivystyksikk%C3%B6-aloittaa-Imatralla.aspx>

Finne-Soveri, H., Mäkelä, M., Noro, A., Nurme, P. & Partanen, S. (2014). Vanhusten kotihoidon kustannustehokkuutta ja laatua voidaan parantaa. *Suomen lääkäri-lehti*. Haettu 1.8.2017 osoitteesta <http://www.laakari-lehti.fi.ezproxy.hamk.fi/pdf/2014/SLL502014-3467.pdf>

Garin, N., Koyanagi, A., Chatterji, S., Tyrovolas, S., Olaya, B., Leonardi, M., Lara, E., Koskinen, S., Tobiasz-Adamczyk, B., Ayuso-Meteos, J.L. & Haro, J.M. (2015). Global Multimorbidity Patterns: A Cross-Sectional, Population-Based, Multi-Country Study. *The Journals of Gerontology*. 71/2016. 205-214. Haettu 28.11.2017 Pubmed- tietokannasta.

Haapamäki, E., Huhtala, H., Löfgren, T., Mylläri, E., Seinelä, L. & Valvanne, J. (2014). Iäkkäät päiväystyöyksikön käyttäjinä. (toim.) *Kuntaliiton sosiaali- ja terveystyöyksikön ELSE-projektiryhmä*. Julkaisu nro 3. Haettu 21.7.2017 osoitteesta [file:///C:/Users/Kirsi/Downloads/paivystysartikkeli_ebook%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Kirsi/Downloads/paivystysartikkeli_ebook%20(2).pdf)

Hakala, P. (2015). Ikääntyneiden ravitsemus. *Kustannus Oy Duodecim*. Haettu 7.9.2017 osoitteesta https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01086

Tays (2016.) *Vanhusten masennus*. Haettu 10.10.2017 osoitteesta [http://www.pshp.fi/fi-FI/Ohjeet/Hoitoohjelmat/Psykiatrian_hoitoohjelmat/Masennus/Vanhusten_masennus\(37731\)](http://www.pshp.fi/fi-FI/Ohjeet/Hoitoohjelmat/Psykiatrian_hoitoohjelmat/Masennus/Vanhusten_masennus(37731))

HUS. (n.d.). Ensihoito ja päivystys. Haettu 6.9.2017 osoitteesta <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/paivystys/Sivut/default.aspx>

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2015). *Tutkimus hoitotieteessä*. 3.-4. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kantomaa, R. (2015). Päivystyksen näkökulma: kotihoidosta lähetetään sairaalaan liian hyväkuntoisia potilaita. *MTV* 9.3.2015. Haettu 2.9.2017 osoitteesta <https://www.mtv.fi/uutiset/kotimaa/artikkeli/paivystyksen-nakokulma-kotihoidosta-lahetetaan-sairaalaan-liian-hyvakuntoisia-potilaita/4844304#gs.n6ZIDuA>

Kelo, S., Launiemi, H., Takaluoma, M. & Tiittanen, H. (2015). *Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö*. Helsinki: Sanoma Pro

Keski-Uudenmaan SOTE. (2017). Alueellinen kotisairaaloiminta käynnistyy. Haettu 8.9.2017 osoitteesta <http://www.hyvinkaa.fi/ku-sote/ajankohdasta/alueellinen-kotisairaala-toiminta-kaynnistyy/>

Kirsebom, M., Hedström, M., Wadensten, B. & Pöder, U. (2013). The frequency of and reasons for acute hospital transfers of older nursing home residents. Haettu 6.9.2017 CINAHL tietokannasta.

Koivula, R., Vilkkö, A., Tigerstedt, C., Kuussaari, K. & Pajala, S. (2015). Miten iäkkäiden henkilöiden alkoholiongelmat näkyvät kotihoidon työntekijöiden työssä? Haettu 7.9.2017 osoitteesta http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/127068/yp1505_koivulaym.pdf?sequence=2

Koponen, L & Sillanpää, K. (2005). *Potilaan hoito päivystyksessä*. Helsinki: Tammi

Kristoffersen, N., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (2015). *Hoitotyön perusteet*. 1. painos. Helsinki: Edita.

Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen, T. (2017). *Ensihoito*. 6. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy

Kulmala, J., Nykänen, I. & Hartikainen, S. (2014.) Frailty as a predictor of all-cause mortality in older men and women. *Geriatrics & Gerontology International*. Vol. 14. 899-905. Haettu 11.10.2017 Pubmed tietokannasta.

Latham, L. & Ackroyd-Stolarz, S. (2014). Emergency Department Utilization by Older Adults: a Descriptive Study. Haettu 6.9.2017 CINAHL tietokannasta.

Lauri, S., Erikson, E. & Hupli, M. (1998). *Hoidollinen päätöksenteko*. 1. painos. Helsinki: WSOY.

Liikunta: Käypä hoito- suositus (2016). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Käypä hoito -johtoryhmän asettama työryhmä. (2016). Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Haettu 7.9.2017 osoitteesta <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50075#K1>

Malmström, M., Hörhammer, I., Peltokorpi, A., Linna, M., Koivuranta-Vaara, P. & Mikkola, T. (2017.) Päivystyksen kysyntä ja sen hallinta- ikään-tyneet potilaat. (toim.) *Kuntaliiton sosiaali- ja terveystieteiden ELSE-projektiryhmä*. Projektin julkaisu nro 8. Haettu 22.7.2017 osoitteesta [file:///C:/Users/Kirsi/Downloads/1831paivystyksenkysynta_nro8_ebook%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Kirsi/Downloads/1831paivystyksenkysynta_nro8_ebook%20(1).pdf)

Mylläri, E., Tapio, K. & Valvanne, J. (2014.) Miksi iäkäs ihminen lähtee päivystykseen? (toim.) *Kuntaliiton sosiaali- ja terveystieteiden ELSE-projektiryhmä*. Julkaisu nro 2. Haettu 24.7.2017 osoitteesta [file:///C:/Users/Kirsi/Downloads/paivystysartikkelinro2_ebook%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Kirsi/Downloads/paivystysartikkelinro2_ebook%20(3).pdf)

Mäkijärvi, M., Harjola, V-P., Päivä, H., Valli, J. & Vaula, E. (2016). *Akuuttihoito-opas*. 19. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Neufeld, E., Viau, K., Hirdes, J. & Warry, W. (2016). Predictors of frequent emergency department visits among rural older adults in Ontario using the Resident Assessment Instrument-Home Care. Haettu 6.9.2017 CINAHL tietokannasta.

Nikkanen, P. (2014). Hypoglykemia. *Kustannus Oy Duodecim*. Haettu 12.9.2017 osoitteesta <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.hamk.fi/dtk/shk/koti>

Nurmijärven kunta (n.d.). Apuvälinepalvelu. Haettu 10.10 osoitteesta http://www.nurmijarvi.fi/perhe_ja_hyvinvointi/terveyspalvelut/kuntoutus_ja_apuvälinepalvelut/apuvälineelainausta

Nurmijärven kunta, (n.d.). Päiväkeskus. Haettu 23.9.2017 osoitteesta http://www.nurmijarvi.fi/perhe_ja_hyvinvointi/terveyspalvelut/ikäihmisten_palvelut/paivakeskus

Nurminen, M-L. (2007). *Lääkehoito*. 7.-8. painos. Helsinki: WSOY

Pohjolainen, P & Heimonen, S. (2009). Toimintakyvyn laaja-alainen arviointi ja tukeminen. *Ikäinstituutti*. Haettu 5.8.2017 osoitteesta http://www.ikainstituutti.fi/content/uploads/2016/08/Oraitia_1-2009-pdf.pdf

Poikonen, N. (2014.) Verenpaineapotilaan hoidon seuranta. *Kustannus Oy Duodecim*. Haettu 28.8.2017 osoitteesta <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.hamk.fi/dtk/shk/koti>

Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. (2013). *Hoitotyön taidot ja toiminnot*. 1.-2. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Rinne, M. (2014). Terveysliikunta. *Kustannus Oy Duodecim*. Haettu 11.9.2017 osoitteesta <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.hamk.fi/dtk/shk/koti>

Rysti, M. (2016.) Vanhuksen hauraus-raihnausoireyhtymä. *Kustannus Oy Duodecim*. Haettu 11.10.2017 osoitteesta <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.hamk.fi/dtk/shk/koti>

Savela, S., Komulainen, P., Sipilä, S. & Strandberg, T. (2015.) Ikääntyneiden liikunta- Minkälaisista ja mihin tarkoitukseen? *Duodecim*. 1719-1723. Haettu 10.10.2017 osoitteesta <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.hamk.fi/xmedia/duo/duo12448.pdf>

Soini, H. (2014.) Vanhuksen aliravitsemus. *Kustannus Oy Duodecim*. Haettu 8.8.2017 osoitteesta <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.hamk.fi/dtk/shk/koti>

STM. Hoitoon pääsy (hoitotakuu). (n.d.). Haettu 17.7.2017 osoitteesta <http://stm.fi/hoitotakuu>

Strandberg, T. & Antikainen, R. (2016). Monisairastavuus- uusi kansantautiko? *Lääkärilehti*. 50-52/2016. Haettu 10.9.2017 osoitteesta <http://www.laakarilehti.fi/ajassa/paakirjoitukset-tiede/monisairastavuus-ndash-uusi-kansantautiko/#reference-3>

Sydämen vajaatoiminta: Käypä hoito- suositus (2017). Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Suomen lääkäriseura Duodecim. Haettu 8.9.2017 osoitteesta <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50113#K1>

Syväoja, P. & Äijälä, O. (2009). *Hoidon tarpeen arviointi*. Helsinki: Tammi.

TAYS. (2016). Vanhusten masennus. Haettu 11.9.2017 osoitteesta [http://www.pshp.fi/fi-FI/Ohjeet/Hoitoohjelmat/Psykiatrian_hoitoohjelmat/Masennus/Vanhusten_masennus\(37731\)](http://www.pshp.fi/fi-FI/Ohjeet/Hoitoohjelmat/Psykiatrian_hoitoohjelmat/Masennus/Vanhusten_masennus(37731))

Tilvis, R. (2009). Sairauksien ehkäisy vanhuksilla- erityispiirteet. Haettu 18.7.2017 osoitteesta <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.hamk.fi/dtk/shk/koti>

Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (2016). *Geriatría*. 3. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim

UKK-Instituutti (2014). Ikääntyminen ja liikunta. Haettu 23.9.2017 osoitteesta http://www.ukkinstituutti.fi/tietoa_terveysliikunnasta/liikku-maan/aloittajan_liikuntaopas/ikaantyminen_ja_liikunta

Uurto, K. & Mustajoki, M. (2016). Vanhuksen yleistilan akuutti lasku. *Kustannus Oy Duodecim*. Haettu 28.8.2017 osoitteesta <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.hamk.fi/dtk/shk/koti>

Uurto, K. & Mustajoki, M. (2016). Vanhuksen yleistilan äkillinen heikkeneminen. *Kustannus Oy Duodecim*. Haettu 8.9.2017 osoitteesta <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.hamk.fi/dtk/shk/koti>

Vaula, E. (2016.) Päivystys on päivystyshoitoa varten. *Suomen lääkirilehti*. 39/2016. Haettu osoitteesta <http://www.laakari-lehti.fi.ezproxy.hamk.fi/pdf/2016/SLL392016-2406.pdf>

Vilka, H. & Airaksinen, T. (2003). *Toiminnallinen opinnäytetyö*. 63. Helsinki: Gummerus.

Vilka, H. (2007). *Tutki ja mittaa*. 52. Tammi: Helsinki.

Väyrynen, R. & Kuronen, R. (2017). Kotihoidon asiakkaat marraskuussa 2016. *Tilastoraportti*. 19/2017. Haettu 20.9.2017 osoitteesta http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/134680/Tr19_17.pdf?sequence=3

WHO. (2015). *World report on ageing and health*. 59-62. Haettu 28.11.2017 osoitteesta http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf?ua=1

KUTSUKIRJE

Hei!

Opiskelen Hämeen ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajaksi ja teen opinnäytetyöni yhteistyössä Nurmijärven kunnan kanssa. Opinnäytetyöni aiheena on akuutisti sairastuneen ikääntyneen hoidon tarpeen arviointi kotihoidossa. Työn tavoitteena on selvittää millä tavoin hoidon tarvetta arvioidaan ja kuinka sitä voisi kehittää niin, että vältetään asiakkaiden ali- tai ylihoitamiselta. Lisäksi pyrin löytämään niitä keinoja, joilla akuuttia toimintakyvyn laskua voitaisiin ennakoida. Työn tuloksia voidaan käyttää työn kehittämiseen Nurmijärven kotihoidossa.

Haluaisin liittää työhöni hoitajien kokemuksia aiheesta. Olisiko teidän alueellanne kiinnostuneita hoitajia osallistumaan kyselyyn? Kysely tapahtuu yhteisessä tapaamisessa, jonka aikana täytetään ensin kyselylomake ja sen jälkeen keskustellaan esiin nousseista asioista. Opinnäytetyössä huomioin kuitenkin vain kyselylomakkeen tulokset. Toivoisin saavani sairaanhoitajien ja lähi- tai perushoitajien näkemyksiä. Kaikkien ei tarvitse osallistua, muutama vapaaehtoinen hoitaja ja sairaanhoitaja olisi sopiva määrä alueeltanne. Aikaa tapaamiseen olisi hyvä varata noin tunti.

Kysely toteutetaan luottamuksellisesti ja anonyymisti. Tuloksia käytetään vain tässä työssä ja vastauslomakkeet hävitetään työn valmistuttua. Osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja kyselyn voi lopettaa halutessaan koska vain. Vastaamalla kyselyyn annatte suostumuksenne tutkimukseen osallistumisesta.

Jos halukkaita alueeltanne löytyy, voimme sopia tarkemmin teille sopivan paikan ja ajan kyselyn toteuttamiselle. Olen kiitollinen kaikille vapaaehtoisille osallistujille, heidän kokemuksillaan on merkitystä ja ne auttavat työn kehittämisessä.

Vastaan mielelläni kysymyksiin työhöni tai kyselyyn liittyen. Minuun voi olla yhteydessä puhelimitse tai sähköpostin välityksellä.

Ystävällisin terveisin

Kirsi Ylä-Jussila

Hämeen ammattikorkeakoulu

kirsi.yla-jussila@student.hamk.fi

p. 044-9987218

KYSELYLOMAKE

KYSELYLOMAKE

Kiitos mielenkiinnostasi aiheeseen!

Tämä kysely on osa opinnäytetyötä, joka tehdään yhteistyössä Nurmijärven kunnan kanssa. Työn aiheena on Akuutisti sairastuneen ikääntyneen hoidon tarpeen arviointi kotihoidossa.

Ikääntyneellä akuutisti sairastuneella tarkoitetaan tässä työssä yli 70-vuotiasta asiakasta, jonka vointi on äkillisesti huonontunut esimerkiksi pitkäaikaissairauden pahenemisen tai uusien oireiden vuoksi. Työ ei käsittele kriittisesti sairastuneiden hoitoa, esim. äkillistä elintoimintojen romahtamista tai elottomuutta.

Kyselyn tarkoitus on kartoittaa hoitotyöntekijöiden kokemuksia hoidon tarpeen arvioinnista akuuteissa tilanteissa. Työntekijöiden kokemukset ovat arvokkaita työn kehittämisen kannalta, joten vastaathan mahdollisimman huolellisesti kysymyksiin. Kyselylomakkeen täyttö kestää n. 15-20 minuuttia.

1. Mikä on viimeisin ammatillinen koulutuksesi?

- ☐ Perushoitaja
- ☐ Lähihoitaja
- ☐ Sairaanhoidtaja
- ☐ Muu, mikä? _____

2. Kuinka kauan olet työskennellyt kotihoidossa?

- ☐ Alle 1 vuoden
- ☐ 1-5 vuotta
- ☐ 6-9 vuotta
- ☐ Yli 10 vuotta

Seuraavat kysymykset koskevat asiakkaan kohtaamista ja voinnin tarpeen arviointia:

3. Kuinka usein kohtaat työssäsi akuutisti sairastuneita ikääntyneitä (yli 70-vuotiaat)?

- ☐ Päivittäin
- ☐ Muutaman kerran viikossa
- ☐ Muutaman kerran kuukaudessa
- ☐ Harvemmin kuin kerran kuukaudessa
- ☐ En koskaan

Liite 2/2

4. Koetko akuutisti sairastuneen hoidon tarpeen arvioinnin olevan haastavaa kotihoi-
dossa?

- ☐ Kyllä
☐ En
☐ Joskus helppoa, joskus vaikeaa
☐ En osaa sanoa

5. Kerro omin sanoin, miten selvität asiakkaan hoidon tarvetta?

6. Jos asiakkaan vointi on huonontunut, teetkö asiakkaalle jotakin seuraavista tutkimuk-
sista? *Valitse yksi tai useampi vaihtoehto.*

- ☐ Verenpaineen ja pulssin mittaus
☐ Verensokerin mittaus
☐ Lämmön mittaus
☐ Happisaturaatio
☐ Verikokeita
☐ Teetkö muita tutkimuksia? _____

7. Mihin muihin asioihin kiinnität huomiota asiakkaan voinnissa?

8. Mitkä tekijät mielestäsi vaikeuttavat/helpottavat hoidon tarpeen arviointia akuuteissa
tilanteissa?

Seuraavassa osio käsittelee päätöksentekoa ja jatkohoidon suunnittelua.

9. Jos kohtaat akuutisti sairastuneen asiakkaan, mitkä tekijät vaikuttavat päätöksentekoon
siitä, hoidetaanko asiakasta kotona vai lähetetäänkö hänet jatkohoitoon sairaalaan? *Vali-
litse yksi tai useampi vaihtoehto.*

- ☐ Työtilanne (esim. tiukka aikataulu)

- ☐ Asiakkaan toimintakyky verrattuna aikaisempaan
- ☐ Asiakkaan tai hänen omaisensa mielipide
- ☐ Asiakkaan oireet
- ☐ Vähäiset mahdollisuudet hoitaa kotona
- ☐ Lisäkäyntien järjestäminen
- ☐ Muiden työntekijöiden mielipide
- ☐ Organisaation ohjeet
- ☐ Muita? _____

10. Saatto päätöksentekoon tarvittaessa tukea muilta työntekijöiltä?

- ☐ Kyllä
- ☐ En
- ☐ Vaihtelevasti

11. Saatto aina tarvittaessa yhteyden kotihoidon lääkäriin virka-aikana?

- ☐ Kyllä
- ☐ En
- ☐ Vaihtelevasti

12. Onko päivystyksen konsultointi mahdollista ja oletko tehnyt niin?

- ☐ On mahdollista ja olen konsultoinut
- ☐ On mahdollista, mutta en ole konsultoinut
- ☐ Ei ole mahdollista
- ☐ En osaa sanoa

Seuraavaksi kysytään kotihoidon mahdollisuuksista hoitaa akuutisti sairastuneita.

13. Onko kotona mahdollisuuksia hoitaa akuutisti sairastuneita?

- ☐ Kyllä
- ☐ Ei
- ☐ Riippuu tilanteesta

14. Mitä seuraavista hoitotarvikkeista sinulla on mukanas kotikäynnillä:

- ☐ Verenpainemittari
- ☐ Verensokerimittari
- ☐ Lämpömittari
- ☐ Saturaatiomittari
- ☐ Stetoskooppi
- ☐ Mittanauha
- ☐ Vaaka
- ☐ Haavahoitovälineitä

☐ Muita, mitä? _____

15. Saako kotiin järjestettyä nopeasti (saman päivän aikana) apuvälineitä?

- ☐ Kyllä
☐ Ei
☐ En osaa sanoa

16. Onko lisäkäyntien järjestäminen asiakkaan tarpeen mukaan mahdollista?

- ☐ Kyllä
☐ Ei
☐ Vaihtelevasti

17. Otetaanko asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmassa huomioon mahdolliset akuutit tilanteet?

- ☐ Kyllä
☐ Ei
☐ En osaa sanoa

18. Löytyykö asiakkaan kotoa ajantasaiset tiedot perussairauksista ja käytössä olevista lääkkeistä?

- ☐ Kyllä
☐ Ei
☐ Vaihtelevasti

19. Käytätkö niitä apuna asiakkaan tilanteen selvittelyssä?

- ☐ Kyllä
☐ En
☐ Vaihtelevasti

20. Onko mahdollinen tieto hoitotahdosta tai DNR päätöksestä selkeästi esillä?

- ☐ Kyllä
☐ Ei
☐ En osaa sanoa

Vielä lopuksi:

21. Mitkä ovat kokemuksesi mukaan yleisimmät syyt, minkä vuoksi asiakas joudutaan lähettämään päivystykseen?

23. Voisiko akuutteja tilanteita mielestäsi jotenkin ennakoida, ja jos voisi niin miten?

24. Onko akuuttiin hoitoon ja hoidon tarpeen arviointiin liittyen järjestetty koulutusta?

- ☐ Kyllä
☐ Ei
☐ En osaa sanoa

25. Uskotko koulutuksesta olevan apua käytännön työhön?

- ☐ Kyllä
☐ En
☐ En osaa sanoa

26. Miten hoidon tarpeen arviointia akuutissa tilanteessa voitaisiin mielestäsi kotihoidossa kehittää?

Kiitos!

TIIVISTELMÄ HOIDON TARPEEN ARVIOINNISTA KOTIHOIDON TYÖNTEKIJÖILLE

AKUUTISTI SAIRASTUNEEN HOIDON TARPEEN ARVIOINTI

Oirekuvan selvitys:

Milloin oireet ovat alkaneet?
 Minkälaisia oireita on tällä hetkellä?
 Onko samanlaisia oireita ollut aikaisemmin?
 Liittyykö oireilu tiettyyn tilanteeseen?
 Onko oireita hoidettu ja jos on niin miten?

Selvitetään asiakkaan perussairaudet ja lääkitys

HUOM! Mitä äkillisempi muutos voinnissa on, sen hälyttävämpi on häiriö!

Tutkimukset ja seuranta:

Tutkimukset	Seuranta
Verenpaine	Kipu
Pulssi	Turvotukset
Hengitys	Ihon lämpö, kosteus ja väri
Verensokeri	Ulkoiset vammat
Lämpö	Sekavuus
Paino	Psyykkiset oireet
Puolioireet, käsien puristusvoima	Päihteiden käyttö
Tajunnan taso, GCS	Liikkuminen ja toimintakyky
PLV	Huimaus, heikotus
Tarvittaessa verikokeita	Erittäminen
	Pahoinvointi, oksentaminen

Hälyttävät löydökset, jotka vaativat kiireellistä hoitoa:

Tutkimukset	Hälyttävät löydökset
Verenpaine	180-200/120-130, systolinen < 90 mmHg
Pulssi	Rytmihäiriö, etenkin takykardia (>110) tai bradykardia (< 40-50 x/min)
Hengitys	Taajuus > 25 tai 8x/min
Lämpö	Korkea, sahaava, horkkamainen
Tajunnantaso	GCS < 12
Kouristus	Kesto yli 5 min tai useita ilman, että tajunta palaa välillä
Verensokeri	Alle 2.5 mmol/l

Milloin päivystykseen:

- rintakipu
- halvausoireet, kuten äkillinen raajan velttous, toimintakyvyttömyys tai puhevaikeudet
- runsas verenvuoto (esim. verioksennus, iso vuotava haava)
- isot vammat ja luunmurtumat
- äkillisesti alkanut kova päänsärky
- hengitysvaikeus
- äkillisesti alkanut kova tai paheneva vatsakipu
- infektiot joihin liittyy epävakaat elintoiminnot, korkea kuume yhdessä alentuneen tajunnantason, niskajäykkyyden, voimakkaan hengenahdistuksen, petekkioiden esiintymisen tai kovan vatsakivun kanssa
- sytostaatteja saaneen kuumeilu
- voimakkaasti ripuloiva/oksenteleva asiakas, jolla vakava perussairaus tai yleistilan voimakas lasku
- akuutit ihoreaktiot tai turvotukset
- epileptiset sarjakohtaukset tai ensimmäinen kouristuskohtaus
- aivotärähdys, ohimennyt tajuttomuus ja desorientaatio
- delirium
- tuore keltaisuus
- pitkittyneen selkä kivun pahenemisvaihe tai akuutti selkäkipu, johon liittyy jalkojen kantamattomuutta uutena oireena, virtsaamiseen liittyviä häiriöitä, peräaukon sulkijalihaksen toimintahäiriö tai välilihan seudun tunnottomuus
- kurkkukipu ja hengenahdistus tai erityisen sairas, kuumeileva asiakas
- yli 5 vrk kestänyt poskiontelo-oire, johon liittyy selvä kuume
- välitön M1 arvio
- psykoosi
- itsetuhoisuus
- psykososiaalinen kriisi
- ahdistuksen tai/ja masennuksen akuutti pahenemisvaihe



MILLOIN VOIDAAN HOITAA KOTONA?

- Pitkittynyt ripuli ilman akuuttia oireistoa
- selvä vatsatauti ilman muuta akuuttia oireistoa
- selvä nuha, kuume ja/tai yskä, kurkkukipu ja poskiontelontulehdusepäily ilman muita akuutteja oireita
- pitkittyneen kuumeilun selvittely
- lieväoireiset virtsatieinfektiot
- pitkäaikainen huimaus tai päänsärky ilman muita neurologisia oireita
- vanhan trauman arvio, johon ei liity selvää toiminnanvajausta tai murtumaepäilyä
- vanhat hoitoa tarvitsemattomat palovammat
- useita vuorokausia kestänyt vatsavaiva
- hyväkuntoisen potilaan närästys
- Tuki- ja liikuntaelimestön kivut ilman vammaa
- pitkittynyt korvavaiva
- alle 5 vrk kestänyt poskiontelo-oire tai kipu
- lievät silmävaivat, kuten punoitus, vetistys, kutina ja kirvely
- pitkittyneet masennus ja ahdistusoireet ilman itsetuhoisuutta
- väsyneisyys, paha olo
- Ikääntyneen kotikuntoisuuden ja asuinjärjestelyjen selvittelyt
- Ihottumat
- Päihtymys ilman muita oireita

HUOM! Hoidon tarve arvioidaan aina yksilöllisesti niin, ettei asiakkaan turvallisuus vaarannu! Lieväoireinenkin vanhus saattaa kärsiä vakavasta, kiireellistä hoitoa vaativasta häiriöstä.

Jatkohoidon järjestäminen:

Asiakkaan jatkohoito kotona	Asiakkaan lähettäminen päivystykseen
Sairaanhoitajan ja/tai lääkärin konsultointi	Kyydin järjestely (taksi, ambulanssi, omainen)
Huolellinen kirjaus	Asiakkaan ohjaus ja valmistelu
Lisäkäytien järjestäminen	Huolellinen kirjaus
Hoito-ohjeiden kertominen asiakkaalle	Kotihoidon ajantasainen kansio mukaan, hoitajan lähete
Tarvittaevien apuvälineiden järjestäminen	Keskeytysten tekeminen (myös tukipalvelut)
Yhteydenotto omaisiin	Yhteys omaisiin
Hoito-ohjeiden toteutus esim. lääkityksen aloitus	Kodin järjestely (roskat, valot)
Hoidon seuranta	